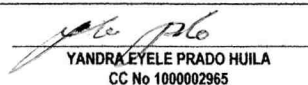
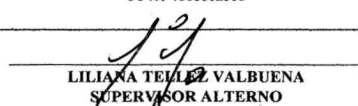


		SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E APOYO - GESTIÓN DE CONTRATACIÓN FORMATO INFORME DE EJECUCIÓN Y SUPERVISIÓN DE ACTIVIDADES DEL CONTRATO DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS Y DE APOYO A LA GESTIÓN		CÓDIGO: AP-1A- FT-077 VERSION: 2 FECHA: 2025-06-09	
CELEBRADO ENTRE LA SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E Y					
YANDRA EYELE PRADO HUILA					
		CON C.C N°	1.000.002.965		
OBJETO DEL CONTRATO:	PRESTAR SERVICIOS COMO TECNICO AMBIENTAL PARA DESARROLLAR ACTIVIDADES EN LA DIRECCIÓN DE GESTIÓN INTEGRAL DEL RIESGO EN SALUD DE LA SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E PARA EL CONVENIO MAS BIENESTAR				
CONTRATO DE PRESTACION DE SERVICIOS PROFESIONALES No.		PS 4899 2025	FECHA INICIO CONTRATO	17/02/2025	
VALOR INICIAL DEL CONTRATO	\$ 4.346.466	No. HORAS EJECUTADAS	184		
VALOR TOTAL DEL CONTRATO INCLUIDO ADICIONES:	\$ 15.294.520	VALOR DE HONORARIOS PERÍODO A CERTIFICAR:	\$ 2.539.936		
PLAZO TOTAL DEL CONTRATO INCLUIDO PRORROGAS:	CINCO (5) MESES Y CATORCE (14) DIAS				
UNIDAD FUNCIONAL EJECUCIÓN DE ACTIVIDADES:		SA2 SEDE ADMINISTRATIVA SAN JOSE OBRERO			
NOMBRE DEL SUPERVISOR:		LORENZA BECERRA CAMARGO - DIRECTOR TECNICO CODIGO 009 GRADO 05			
ITE M	II. ACTIVIDADES REALIZADAS EN EL PERÍODO, DE ACUERDO CON EL OBJETO Y LAS OBLIGACIONES ESTABLECIDAS EN EL CONTRATO (Deben ser coherentes con las actividades específicas realizadas durante el mes)				
1	CARACTERIZACIÓN DE FAMILIAS AFRO EN LA LOCALIDAD DE SAN CRISTOBAL Y ANTONIO NARIÑO				
2	CIERRE DE FAMILIAS AFRO EN LAS LOCALIDADES DE SAN CRISTOBAL Y ANTONIO NARIÑO				
3	ENTREGA DE TABLEROS AMBIENTALES A FAMILIAS AFRO				
4	ACTIVIDADES ADMINISTRATIVAS COMO ASISTENCIAS TECNICAS, FORTALECIMIENTOS				
5	DILIGENCIAMIENTO DEL APLICATIVO				
6	DESARROLLO DE ACTIVIDADES COLECTIVAS				
7	ATENCIONES ANCESTRALES EN EL KILOMBO				
8	DILIGENCIAMIENTO Y ACTUALIZACION DE CRONOGRAMA DE ACTIVIDADES				
9	VISITA A FAMILIAS PARA PROMOCION DE SALUD AMBIENTAL				
III. VERIFICACION DE ACTIVIDADES DESARROLLADAS					
SE VERIFICA QUE HA CUMPLIDO CON LAS ACTIVIDADES ASIGNADAS DURANTE EL MES O PERÍODO EJECUTADO Y SE APRUEBA PARA EL PAGO RESPECTIVO.					
ITE M	CUMPLIMIENTO DE REQUISITOS				SI NO
1	¿El contrato se encuentra debidamente legalizado.?				X
2	¿El contratista autorizó que los impuestos que debe cancelar para la legalización del mencionado contrato le sean descontados del valor a cancelar como consta en la declaración del informe de ejecución de actividades?				X
3	¿Que el contratista presentó satisfactoriamente las obligaciones contractuales, los cuales pueden ser verificados en el informe anexo y en el SECOP?				X
4	¿Que el contratista da cumplimiento a sus obligaciones frente a los aportes al sistema de seguridad social y de parafiscales, tal como exige el artículo 50 de la Ley 789 de 2002.?				X
5	¿Que adjunto evidencia del cargue en el aplicativo secop de la cuenta correspondiente al mes objeto de cobro?				X
Teniendo en cuenta lo anterior y conforme a la <u>clausula "Forma de Pago, CERTIFICO"</u> el cumplimiento de las obligaciones pactadas con el contratista, para el pago correspondiente al periodo del (01/07/2025) AL (31/07/2025)					
IV. INFORMACIÓN DE APORTES A SEGURIDAD SOCIAL					
No. DE PLANILLA:	1073378774		OPERADOR:	SIMPLE	
CONCEPTO DEL PAGO	ENTIDAD	FECHA DE PAGO	VALOR		
SALUD:	COMPENSAR	11/07/2025	\$ 180.000		
PENSIÓN:	PORVENIR	11/07/2025	\$ 230.400		
RIESGOS LABORALES:	POSITIVA	11/07/2025	\$ 35.100		
OTRO	CCF COMPENSAR	11/07/2025	\$ 8.700		
TOTAL PAGADO			\$ 454.200		
V. DECLARACIONES DEL CONTRATISTA					
1.- Que desarrollé las actividades descritas en el informe anexo, dentro del periodo de cobro.					
2.- Que realicé el pago de la Seguridad Social donde el ibc se calculo sobre el 40% de los ingresos cancelados del mes anterior pago del cual anexo copia simple, sin que en ningun caso el IBC sea menor a 1 SMMLV (de ser el primer pago adjunto certificaciones de afiliación a eps, arl, pension, rut)					
3.- Que adjunto evidencia del cargue en el aplicativo secop de la cuenta correspondiente al mes objeto de cobro .					
4.- Que autorizo los impuestos a que estoy obligado a pagar, por ocasión al señalado contrato.					
VI. ANEXOS (Cuando se requiera como una de las obligaciones del contrato)					
Anexar evidencias fotograficas y/o documentales que soporten las actividades realizadas en el periodo correspondiente					
NOMBRE Y FIRMA DEL CONTRATISTA		 YANDRA EYELE PRADO HUILA CC No 1000002965			
FIRMA DE QUIEN VALIDA		 LILIANA TEJADA VALBUENA SUPERVISOR ALTERNO			
FIRMA DE QUIEN CONVALIDA EL CUMPLIMIENTO DE LAS OBLIGACIONES PARA EL PRESENTE PERÍODO DE PAGO:		 LORENZA BECERRA CAMARGO SUPERVISOR DEL CONTRATO			

DATOS DEL CONTRATISTA

FECHA DE DILIGENCIAMIENTO: 31/07/2025

NOMBRES Y APELLIDOS:	YANDRA EYELE PRADO HUILA	CC:	1000002965
CORREO ELECTRÓNICO:	yeph.subredorient@gmail.com	TELÉFONO:	3177571480
DIRECCIÓN DOMICILIO:	KR 119 65A 39	CIUDAD:	BOGOTÁ

Manifiesto bajo la gravedad del juramento

NO tomaré costos y deducciones	(X)
SI tomaré costos y deducciones	()

La presente certificación se expide para efectos de la retención en la fuente a título del impuesto sobre la renta, de conformidad con el numeral 6 del artículo 1.2.4.1.6 y parágrafo 4 del decreto único 1625 de 2016, modificados por los artículos 9 y 11 del decreto 2231 de diciembre 22 de 2023 y la aplicación de la renta exenta del 25% sobre operaciones que tiene que ver con el tratamiento tributario de los pagos laborales.

Régimen Simple De Tributación : RESOLUCIÓN 00165 ARTICULO 12 Por la cual se debe informar por parte de los contribuyentes si optaron por el impuesto unificado bajo el Régimen Simple de Tributación.

SI () NO (X)

BANCO AL CUAL CONSIGNAR:	BANCOLOMBIA	TIPO DE CUENTA:	AHORRO	Nº CUENTA:	91233321899
---------------------------------	-------------	------------------------	--------	-------------------	-------------

DATOS DEL PERIODO OBJETO DE PAGO

Nº DEL CONTRATO:	PS 4899 2025	VALOR CORRESPONDIENTE AL PERIODO OBJETO DE COBRO	\$ 2.539.936
FECHA DE INICIO CONTRATO	17/02/2025	FECHA DE TERMINACIÓN CONTRATO:	31/07/2025
PERIODO OBJETO DE COBRO:	01/07/2025 AL 31/07/2025		

YANDRA EYELE PRADO HUILA

C.C 1000002965

Cel: 3177571480

Simple

PAGOSIMPLE |

AUTOLIQUIDACION
CONSOLIDADA

Fecha creación reporte: 2025-07-11, 11:30:32 AM

Tipo Planilla:

I: PLANILLA INDEPENDIENTES

Número Planilla: 1073378774

Periodo Cotización: junio de 2025

Periodo Servicio: junio de 2025

Referencia pago (PIN): 8823142647

PAGADO 11/07/2025

I. DATOS DEL APORTANTE

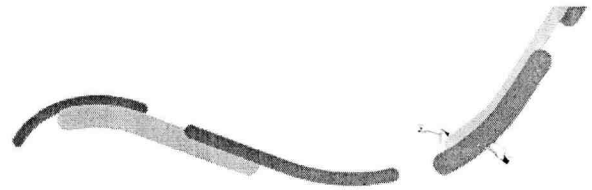
Razón Social	YANDRA EYELE PRADO HUILA	Dirección	CR 24A #18 - 43 SUR
Documento	CC1000002965	Teléfono	3177571480
Tipo de Empresa	INDEPENDIENTE	Forma Presentación	ÚNICO
Tipo Persona	NATURAL	Departamento	BOGOTA D.C.
Ciudad	BOGOTA D.C.	Identificación	
Representante Legal		ARP	POSITIVA DE SEGUROS
Total Afiliados	1		

II. DETALLE DEL APORTANTE

Datos del Afiliado				Novedades												Pensiones			Salud			Riesgos			Cajas			Parafiscales					Total					
Identificación	Apellidos y Nombres	Tipo Cotizante	Subtipo Cotizante	ING	RET P	TDE	TAE	TAP	VSP	COR	VST	SLN	LMA	VAC	APP	CCF	IBP	Días AFP	Días EPS	Días ARP	Días CCF	Administradora	IBC Pensión	Aporte Pensión	Administradora	IBC Salud	Aporte Salud	Tarifa	IBC Riesgos	Aporte Riesgos	Administradora	IBC Caja	Aporte Caja	Aporte SENA	Aporte ICBF	ESAP	Aporte Ministerio	Total
CC 1000002965	YANDRA EYELE PRADO HUILA	59	00														0	30	30	30	30	(230301) PORVENIR	\$ 1.440.000	\$ 230.400	(EPS008) COMPENSAR EPS	\$ 1.440.000	\$ 180.000	2.436	\$ 1.440.000	\$ 35.100	(CCF24) COMPENSAR CCF	\$ 1.440.000	\$ 8.700	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 454.200

III. TOTALES

IBC Pensión	IBC Salud	IBC Riesgos	IBC Cajas	Aportes Pensión	Aportes Salud	Aportes Riesgos	Aportes Cajas	Aportes Sena	Aportes ICBF	Aportes ESAP	Aportes Min Educación	(Incapacidades, Licencias, Saldos a Favor) EPS	Incapacidades ARP	SUBTOTAL SIN INTERESES DE MORA	TOTAL INTERESES DE MORA	TOTAL FINAL
\$ 1.440.000	\$ 1.440.000	\$ 1.440.000	\$ 1.440.000	\$ 230.400	\$ 180.000	\$ 35.100	\$ 8.700	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 454.200	\$ 0	\$ 454.200



Comprobante en línea

Pago PSE

11 Jul 2025 10:17:26



Pago exitoso

CUS 1620589089

Comercio
**SISTEMA INTEGRADO MULTIPLE DE
PAGOS ELECTRONICOS S**

Referencia 1
02

Fecha
11 Jul 2025 10:17:26

Referencia 2
900097333

Número de factura
175224695768046

Referencia 3
6311

Descripción del pago
Pago PSE.
Ref:8823142647-202506-773639.
idTrans:773639

Valor del Pago
\$454,200

Número de comprobante
TR1016099089

Costo de la transacción
\$ 0

Producto origen
Ahorros - Bancolombia
****** 1899**