





Secretaría de Salud  
Sistema Integrado de Servicios de Salud  
Centro Oriente E.S.E.

SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E  
APOYO - GESTION DE CONTRATACIÓN  
FORMATO CUENTA DE COBRO CONTRATO DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS  
Y DE APOYO A LA GESTIÓN

CÓDIGO: AP-IA-FT-014  
VERSIÓN: 6  
FECHA: 2024-09-16

DATOS DEL CONTRATISTA

FECHA DE DILIGENCIAMIENTO: 28/2/2025

NOMBRES Y APELLIDOS:	YESSICA PAOLA FAJARDO MERCHAN	CC:	1.099.212.768
CORREO ELECTRÓNICO:	yepafame@gmail.com	RUT (NIT):	
DIRECCIÓN DOMICILIO:	CL 22B SUR 10 38	TELÉFONO:	3102633319
		CIUDAD:	BOGOTÁ

Manifiesto bajo la gravedad del juramento que, en la declaración de renta del año gravable 2024.

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 párrafo 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.

Regimen 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:	DAVIVIENDA	TIPO DE CUENTA:	AHORROS	N° CUENTA:	8380440266
NOMBRE DEL BANCO (APLICA CUANDO EL BANCO NO SE ENCUENTRE EN LA LISTA DESPLIEGABLE)					

NÚMERO DEL CONTRATO Y DATOS DE LA ÚLTIMA ADICIÓN (PERIODO OBJETO DE PAGO)

N° DEL CONTRATO:	PS 5209 2024	N° CDP:	4053	N°CRP:	44734	PLAZO DEL CONTRATO INCLUIDAS PRORROGAS: TRES (3) MESES Y DIECINUEVE (19) DIAS
FECHA DE INICIO CONTRATO	24/10/2024	FECHA DE TERMINACIÓN CONTRATO:	9/02/2025		VALOR TOTAL DEL CONTRATO INCLUIDO ADICIONES : \$ 23.465.128	

PERIODO OBJETO DE COBRO:

01/02/2025 AL 09/02/2025

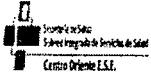
VALOR A PAGAR  
CORRESPONDIENTE AL  
PERIODO OBJETO DE COBRO EN  
(LETRAS Y NUMEROS)

\$ 1.937.487

UN MILLON NOVECIENTOS TREINTA Y SIETE MIL CUATROCIENTOS OCHENTA Y SIETE PESOS M/CTE

*Yessica Fajardo.*

NOMBRE: YESSICA PAOLA FAJARDO MERCHAN  
CC 1.099.212.768  
CEL 3102633319



**SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E**  
**APOYO - GESTION DE CONTRATACION**  
**FORMATO. INFORME DE SUPERVISION CONTRATO DE PRESTACION DE SERVICIOS Y**  
**APOYO A LA GESTION**

**CÓDIGO:** AP-IA-FT-078  
**VERSIÓN:** 2  
**FECHA:** 2024-09-16

**CELEBRADO ENTRE LA SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E Y**

<b>NOMBRE DEL CONTRATISTA</b>	YESSICA PAOLA FAJARDO MERCHAN
<b>NÚMERO DOCUMENTO DE IDENTIDAD</b>	1.099.212.768

**I. INFORMACION GENERAL DEL CONTRATO DE PRESTACION DE SERVICIOS**

<b>OBJETO DEL CONTRATO:</b>	PRESTAR SERVICIOS COMO PROFESIONAL ESPECIALIZADO 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
-----------------------------	----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

<b>CONTRATO DE PRESTACION DE SERVICIOS PROFESIONALES No.</b>	PS 5209 2024	<b>FECHA INICIO CONTRATO</b>	24/10/2024
--------------------------------------------------------------	--------------	------------------------------	------------

<b>VALOR INICIAL DEL CONTRATO</b>	\$ 8.611.056
-----------------------------------	--------------

<b>VALOR TOTAL DEL CONTRATO INCLUIDO ADICIONES:</b>	\$ 23.465.128	<b>VALOR DE HONORARIOS PERÍODO A CERTIFICAR:</b>	\$ 1.937.487
-----------------------------------------------------	---------------	--------------------------------------------------	--------------

<b>Nº PAGO / Nº DE INFORME:</b>	6	<b>Nº CRP INICIAL:</b>		<b>Nº CDP INICIAL DEL CONTRATO</b>	3662
---------------------------------	---	------------------------	--	------------------------------------	------

<b>PLAZO DEL CONTRATO INCLUYENDO PRORROGAS</b>	TRES (3) MESES Y DIECINUEVE (19) DIAS
------------------------------------------------	---------------------------------------

<b>Nº DE PLANILLA DE PAGO DE SEGURIDAD SOCIAL:</b>	9479846880	<b>OPERADOR:</b>	APORTES EN LINEA
----------------------------------------------------	------------	------------------	------------------

<b>PROCESO EN DONDE SE EJECUTARON LAS ACTIVIDADES:</b>	CONVENIO MAS BIENESTAR - DIRECCIÓN DE GESTIÓN INTEGRAL DEL RIESGO EN SALUD
--------------------------------------------------------	----------------------------------------------------------------------------

<b>UNIDAD FUNCIONAL DE EJECUCIÓN DE ACTIVIDADES:</b>	SA2 SEDE ADMINISTRATIVA SAN JOSE OBRERO
------------------------------------------------------	-----------------------------------------

<b>NOMBRE DEL SUPERVISOR:</b>	LORENZA BECERRA CAMARGO - DIRECTOR TECNICO CODIGO 009 GRADO 05
-------------------------------	----------------------------------------------------------------

**II. MODIFICACIONES CONTRACTUALES**

Nº DE MODIFICACIÓN:	Nº (3)	TIPO DE MODIFICACIÓN (ADICIÓN - PRÓRROGA):				ADICION (3)	PRORROGA (3)
VALOR ADICIONADO	\$ 1.937.488	CDP DE LA	4053	RP DE LA	49678	TIEMPO	UN (1) MES
VALOR ADICIONADO	\$ 6.458.292	CDP DE LA	4120	RP DE LA	50807	TIEMPO	UN (1) MES
VALOR ADICIONADO	\$ 6.458.292	CDP DE LA	46	RP DE LA	7770	TIEMPO	UN (1) MES

**III. POLIZAS (SI APLICA)**

<b>¿PACTO POLIZAS EN SU CONTRATO?</b>	SI	NO	X
<b>Nº DE PÓLIZA:</b>		<b>NOMBRE DE LA ASEGURADORA:</b>	
<b>FECHA DE LA PÓLIZA</b>		<b>ACTO ADMINISTRATIVO DE APROBACIÓN:</b>	


**IV. VERIFICACION DE ACTIVIDADES DESARROLLADAS**

SE VERIFICA QUE QUE HA CUMPLIDO CON LAS ACTIVIDADES ASIGNADAS DURANTE EL MES O PERIODO LABORADO Y SE APRUEBA PARA EL PAGO RESPECTIVO.

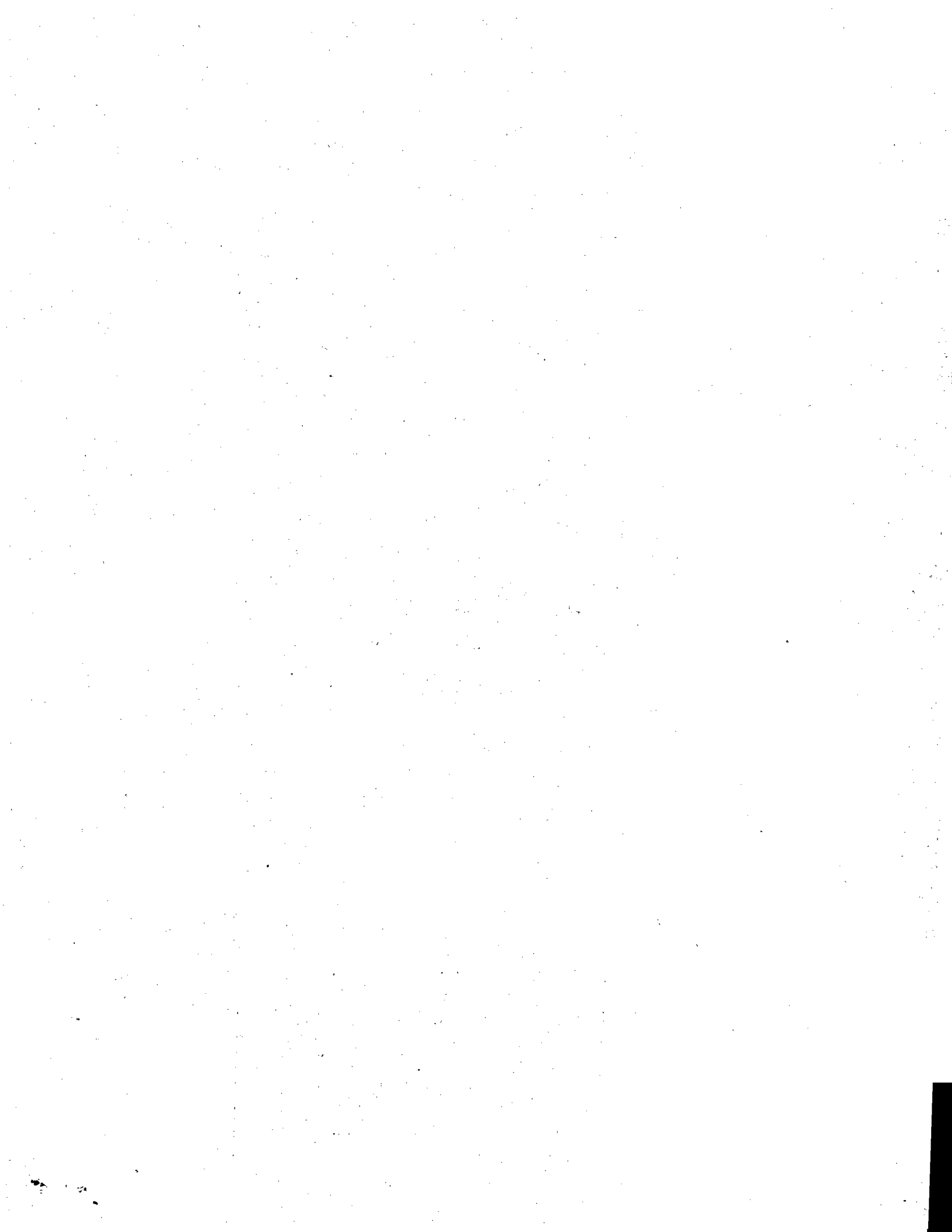
ITEM	CUMPLIMIENTO DE REQUISITOS	SI	NO
1	¿El contrato se encuentra debidamente legalizado?	X	
2	¿El contratista autorizó que los impuestos que debe cancelar para la legalización del mencionado contrato le sean descontados del valor a cancelar como consta en la declaración del informe de ejecución de actividades?	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 scop de la cuenta correspondiente al mes objeto de cobro?	X	

Teniendo en cuenta lo anterior y conforme a la cláusula "Forma de Pago, **CERTIFICO** el cumplimiento de las obligaciones pactadas con el contratista, para el pago correspondiente al periodo del 01/02/2025 AL 09/02/2025

**FIRMA DE QUIEN CONVALIDA EL CUMPLIMIENTO DE LAS OBLIGACIONES PARA EL PRESENTE PERIODO DE PAGO:**

  
**NOMBRE Y FIRMA DEL SUPERVISOR:**  
 LORENZA BECERRA CAMARGO  
 CARGO: DIRECTOR TECNICO CODIGO 009 GRADO 05

J.T.C  
**NOMBRE Y FIRMA APOYO TECNICO DEL SUPERVISOR:**  
 LILIANA TELLEZ VALBUENA  
 PROFESIONAL ESPECIALIZADO, LIDER CONVENIO MAS BIENESTAR



# Planilla Resumen

DATOS GENERALES DEL APORTANTE								
Identificación	dv	Razon Social	Clase Aportante	Sucursal Principal	Direccion	Ciudad-Departamento	Teléfono	Exonerado SENA e ICBF
CC 1099212768		FAJARDO MERCHAN YESSICA PAOLA	INDEPENDIENTE	PRINCIPAL	CL 22 B SUR #10 38	BOGOTA-BOGOTA D.E.	3734185	No

DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION									
Periodo		Clave		Tipo	Fecha		Pago		
Pensión	Salud	Pago	Planilla	Planilla	Limite	Pago	Banco	Días Mora	Valor
2025-01	2025-01	1252618746	9479846880	I	2025/02/17	2025/02/10	BANCO DAVIVIENDA	0	\$815,100

LIQUIDACION DETALLADA DE APORTES																																										
EMPLEADO			NOVEDADES										PENSION				SALUD				CCF				RIESGOS				PARAFISCALES				Total Aportes									
No.	Identificación	Nombre	ing	ret	ide	tae	tdp	tap	vsp	cor	vst	sln	lge	lma	vac	avp	vcl	lri	vip	Codigo	Dias	IBC	Aporte	Codigo	Dias	IBC	Aporte	Codigo	Dias	IBC	Aporte	Codigo		Dias	IBC	Tarifa	Aporte	Dias	IBC	Aporte	Exonerado SENA e ICBF	
<b>SUCURSAL: PRINCIPAL (1 Afiliados)</b>																												\$2,584,000	\$413,500	\$2,584,000	\$323,000	\$2,584,000	\$15,600	\$2,584,000	\$63,000	\$0	\$0	\$815,100				
<b>Centro de Trabajo: PRINCIPAL (1 Afiliados)</b>																												\$2,584,000	\$413,500	\$2,584,000	\$323,000	\$2,584,000	\$15,600	\$2,584,000	\$63,000	\$0	\$0	\$815,100				
<b>Ciudad: BOGOTA Depto: BOGOTA D.E. (1 Afiliados)</b>																												\$2,584,000	\$413,500	\$2,584,000	\$323,000	\$2,584,000	\$15,600	\$2,584,000	\$63,000	\$0	\$0	\$815,100				
1	CC 1099212768	FAJARDO YESSICA																			230301	30	\$2,584,000	\$413,500	EPS008	30	\$2,584,000	\$323,000	CCF24	30	\$2,584,000	\$15,600	14-7	30	\$2,584,000	2.4368	\$63,000	30	\$0	\$0	No	\$815,100
<b>Total Afiliados( 1)</b>																												\$2,584,000	\$413,500	\$2,584,000	\$323,000	\$2,584,000	\$15,600	\$2,584,000	\$63,000	\$0	\$0	\$815,100				

DATOS GENERALES DEL APORTANTE								
Identificación	dv	Razon Social	Clase Aportante	Sucursal Principal	Direccion	Ciudad-Departamento	Teléfono	Exonerado SENA e ICBF
CC 1099212768		FAJARDO MERCHAN YESSICA PAOLA	INDEPENDIENTE	PRINCIPAL	CL 22 B SUR #10 38	BOGOTA-BOGOTA D.E.	3734185	No


DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION									
Periodo		Clave		Tipo	Fecha		Pago		
Pensión	Salud	Pago	Planilla	Planilla	Limite	Pago	Banco	Días Mora	Valor
2025-01	2025-01	1252618746	9479846880	I	2025/02/17	2025/02/10	BANCO DAVIVIENDA	0	\$815,100

RESUMEN DE PAGO								
RIESGO	CODIGO	NIT	DV	AFILIADOS	VALOR LIQUIDADO	INTERESES MORA	SALDOS E INCAPACIDADES	VALOR A PAGAR
AFP (ADMINISTRADORAS: 1)				1	\$413,500	\$0	\$0	\$413,500
PORVENIR	230301	800,224,808	8	1	\$413,500	\$0	\$0	\$413,500
ARL (ADMINISTRADORAS: 1)				1	\$63,000	\$0	\$0	\$63,000
SEGUROS BOLIVAR	14-7	860,002,503	2	1	\$63,000	\$0	\$0	\$63,000
CCF (ADMINISTRADORAS: 1)				1	\$15,600	\$0	\$0	\$15,600
COMPENSAR	CCF24	860,066,942	7	1	\$15,600	\$0	\$0	\$15,600
EPS (ADMINISTRADORAS: 1)				1	\$323,000	\$0	\$0	\$323,000
COMPENSAR	EPS008	860,066,942	7	1	\$323,000	\$0	\$0	\$323,000
<b>TOTAL</b>				<b>1</b>	<b>\$815,100</b>	<b>\$0</b>	<b>\$0</b>	<b>\$815,100</b>



**¡Hola, Yessica Paola Fajardo Merchán!**

**Gracias por utilizar los servicios de BANCO DAVIVIENDA y PSE. los siguientes son los datos de tu transacción:**

Estado de la Transacción: Aprobada 

CUS: 1252618746

Empresa: APORTES EN LINEA

Descripción: Pago de la Planilla de aportes con clave: 9479846880

Valor de la Transacción: \$ 815.100

Fecha de Transacción: 08/02/2025