Secretaría de Salud Subred Integrada 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 INFORME DE EJECUCIÓN DE ACTIVIDADES DEL CONTRATO DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS Y DE APOYO A LA GESTIÓN**	**CÓDIGO: AP-IA-FT-077** **VERSIÓN: 2** **FECHA: 2024-09-16**

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

YESICA KATERINE NOVOA GARCIA

NÚMERO DE DOCUMENTO DE IDENTIDAD:	1.019.075.971				
OBJETO DEL CONTRATO:	PRESTAR SERVICIOS COMO PROFESIONAL EN ENFERMERIA 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 4257 2025		**FECHA INICIO CONTRATO**	17/01/2025	
VALOR INICIAL DEL CONTRATO	$ 3.331.627	**PLAZO INICIAL DEL CONTRATO**	DOS (2) MESES DIECINUEVE (19) DIAS		
VALOR TOTAL DEL CONTRATO INCLUIDO ADICIONES:	$ 18.606.376		**VALOR DE HONORARIOS PERÍODO A CERTIFICAR:**	$ 4.036.691	
Nº DE INFORME:	4	**Nº CRP:**	9802	**Nº CDP:**	55
PLAZO TOTAL DEL CONTRATO INCLUIDO PRORROGAS	SEIS (6) MESES DIEZ (10) DIAS				
UNIDAD FUNCIONAL EJECUCIÓN DE ACTIVIDADES:	SA2 SEDE ADMINISTRATIVA SAN JOSE OBRERO				
NOMBRE DEL SUPERVISOR:	LORENZA BECERRA CAMARGO - DIRECTOR TECNICO CODIGO 009 GRADO0 05				

II. MODIFICACIONES CONTRACTUALES

Nº DE MODIFICACIÓNES DEL CONTRATO:	1	**TIPO DE MODIFICACIÓN**	**ADICIONES**	1	**PRORROGAS**	1	
VALOR ADICIONADO	$ 15.274.749	**CDP DE LA ADICIÓN:**	1185	**CRP DE LA ADICIÓN:**		**TIEMPO PRORROGADO:**	TRES (3) MESES Y VEINTIUN (21) DIAS
VALOR ADICIONADO		**CDP DE LA ADICIÓN:**		**CRP DE LA ADICIÓN:**		**TIEMPO PRORROGADO:**	

III. POLIZAS

¿PACTÓ POLIZAS EN SU CONTRATO?		**SI**		**NO**	X
Nº DE POLIZA:		**NOMBRE DE LA ASEGURADORA:**			
FECHA DE LA POLIZA		**FECHA DE APROBACION:**			

ÍTEM	IV. ACTIVIDADES REALIZADAS EN EL PERIODO, DE ACUERDO CON EL OBJETO Y LAS OBLIGACIONES ESTABLECIDAS EN EL CONTRATO (Deben ser coherentes con las actividades especificas realizadas durante el mes)
1	BASE DE DATOS EMBERA, REPORTES DIARIOS ,ACTAS , INFORMES JORNADAS DE SALUD, LISTADOS DE ASISTENCIA
2	DILIGENCIAR DRIVE DE CRONOGRAMA DE ACTIVIDADES DIARIAMENTE
3	DILIGENCIAR BASE DE DATOS EMBERA, REPORTES DIARIOS ,ACTAS , INFORMES JORNADAS DE SALUD, LISTADOS DE ASITENCIA
4	REALIZAR ACTAS Y DILIGENCIAR BASES DE GRUPO ETNICO
5	LECTURA Y ENTREGA DE ACTAS DE APROPIACIÓN DEL DOCUMENTO OPERATIVO DEL EQUIPO BASICO EXTRAMURAL HOGAR
6	DILIGENCIAR LISTADO DE ASISTENCIAS DE LAS ACTIVIDADES DIARIA REALIZADAS
7	REALIZAR FICHAS DE NOTIFICACIÓN Y CANALIZACIONES DE INTERES EN SALUD PUBLICA
8	SE REALIZA ACTAS DE EDADES Y REGISTRO FOTOGRÁFICO DE LAS ACTIVIDADES EJECUTADAS
9	ASISTENCIA REUNIONES DE EQUIPO Y FORTALECIMIENTO, CONVOCADAS POR LIDERES OPERATIVOS
10	DAR CUMPLIMIENTO A LA META ESTIPULADA

V. INFORMACIÓN DE APORTES A SEGURIDAD SOCIAL

No. DE PLANILLA:	1071080122	**OPERADOR:**	SIMPLE

CONCEPTO DEL PAGO	**ENTIDAD**	**FECHA DE PAGO**	**VALOR PAGADO**
SALUD:	FAMISANAR	01/04/2025	$ 200.000
PENSION:	COLPENSIONES	01/04/2025	$ 255.900
RIESGOS LABORALES:	SURA	01/04/2025	$ 39.000
OTRO			
	TOTAL PAGADO		$ 494.900

VI. 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 calculó 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, Pensión, 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.

VII. ANEXOS

(Cuando se requiera como una de las obligaciones del contrato)

Anexar evidencias fotográficas y/o documentales que soporten las actividades realizadas en el periodo correspondiente

NOMBRE Y FIRMA DEL CONTRATISTA: YESICA KATERINE NOVOA GARCIA
CC: 1.019.075.971
CEL 3204404752

Secretaría de Salud Subred Integrada 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: 30/04/2025

NOMBRES Y APELLIDOS:	YESICA KATERINE NOVOA GARCIA	**CC:**	1.019.075.971
		RUT (NIT):	1.019.075.971
CORREO ELECTRÓNICO:	yknovoas@unal.edu.co	**TELÉFONO:**	3204404752
DIRECCIÓN DOMICILIO:	CR 87 129B 32	**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 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				
NOMBRE DEL BANCO (APLICA CUANDO EL BANCO NO SE ENCUENTRE EN LA LISTA DESPLEGABLE)		**TIPO DE CUENTA:**	AHORROS	**Nº CUENTA:**	63989423489

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

Nº DEL CONTRATO:	PS 4257 2025	**Nº CDP:**	1185	**Nº. CRP:**		PLAZO DEL CONTRATO INCLUIDAS PRORROGAS: SEIS (6) MESES DIEZ (10) DIAS
FECHA DE INICIO CONTRATO	17/01/2025	**FECHA DE TERMINACIÓN CONTRATO:**		31/07/2025		TOTAL DEL CONTRATO INCLUIDO ADICIONES: $ 18.606.376
PERIODO OBJETO DE COBRO:	DEL 01/04/2025 AL 30/04/2025					
VALOR A PAGAR CORRESPONDIENTE AL PERIODO OBJETO DE COBRO EN (LETRASY NUMEROS)	$ 4.036.691					
	CUATRO MILLONES TREINTA Y SEIS MIL SEISCIENTOS NOVENTA Y UN PESOS					

NOMBRE Y FIRMA DEL CONTRATISTA: YESICA KATERINE NOVOA GARCIA

CC: **1.019.075.971**

CEL: **3204404752**

Secretaría de Salud Subred Integrada 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 INFORME DE SUPERVISION CONTRATO DE PRESTACIÓN 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	
NOMBRE DEL CONTRATISTA	YESICA KATERINE NOVOA GARCIA
NÚMERO DOCUMENTO DE IDENTIDAD	1.019.075.971

I. INFORMACION GENERAL DEL CONTRATO DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS

OBJETO DEL CONTRATO:	PRESTAR SERVICIOS COMO PROFESIONAL EN ENFERMERIA 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 4257 2025			FECHA INICIO CONTRATO	17/01/2025
VALOR INICIAL DEL CONTRATO	$ 3.331.627				
VALOR TOTAL DEL CONTRATO INCLUIDO ADICIONES:	$ 18.606.376			VALOR DE HONORARIOS PERÍODO A CERTIFICAR:	$ 4.036.691
N° PAGO / N° DE INFORME:	4 de 4	N° CRP INICIAL:	9802	N° CDP INICIAL DEL CONTRATO	55
PLAZO DEL CONTRATO INCLUYENDO PRORROGAS	SEIS (6) MESES DIEZ (10) DIAS				
N° DE PLANILLA DE PAGO DE SEGURIDAD SOCIAL:	1071080122		OPERADOR:	SIMPLE	
PROCESO EN DONDE SE EJECUTARON LAS ACTIVIDADES:	CONVENIO MAS BIENESTAR - DIRECCION DE GESTION INTEGRAL DEL RIESGO EN SALUD				
UNIDAD FUNCIONAL DE EJECUCIÓN DE ACTIVIDADES:	SA2 SEDE ADMINISTRATIVA SAN JOSE OBRERO				
NOMBRE DEL SUPERVISOR:	LORENZA BECERRA CAMARGO - DIRECTOR TECNICO CODIGO 009 GRADO 05				

II. MODIFICACIONES CONTRACTUALES

N° DE MODIFICACIÓN:	1	TIPO DE MODIFICACIÓN (ADICIÓN – PRÓRROGA):				ADICIÓN (1)	PRÓRROGA (1)
VALOR ADICIONADO	$ 15.274.749	CDP DE LA ADICIÓN:	1185	CRP DE LA ADICIÓN:		TIEMPO PRORROGADO:	TRES (3) MESES Y VEINTIUN (21) DIAS
VALOR ADICIONADO		CDP DE LA ADICIÓN:		CRP DE LA ADICIÓN:		TIEMPO PRORROGADO:	

III. POLIZAS (SI APLICA)

N° DE PÓLIZA:		NOMBRE DE LA ASEGURADORA:	
FECHA DE LA PÓLIZA		ACTO ADMINISTRATIVO DE APROBACIÓN:	

IV. VERIFICACION DE ACTIVIDADES DESARROLLADAS

SE VERIFICA 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 secop de la cuenta correspondiente al mes objeto de cobro?	X	

Teniendo en cuenta lo anterior y conforme a la clausula "**Forma de Pago**, CERTIFICO el cumplimiento de las obligaciones pactadas con el contratista, para el pago correspondiente al periodo del 01/04/2025 al 30/04/2025

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
	NOMBRE Y FIRMA APOYO TECNICO DEL SUPERVISOR: LILIANA TELLEZ VALBUENA PROFESIONAL ESPECIALIZADO, LIDER CONVENIO MAS BIENESTAR

Simple.

PAGOSIMPLE | AUTOLIQUIDACION CONSOLIDADA

Fecha creación reporte: 2025-04-01, 10:44:54 AM Tipo Planilla: I: PLANILLA INDEPENDIENTES Número Planilla: 1071080122

Periodo Cotización: marzo de 2025 Periodo Servicio: marzo de 2025 Referencia pago (PIN): 8822963817

PAGADO 01/04/2026

I. DATOS DEL APORTANTE

Razón Social	YESICA KATHERINE NOVOA GARCIA		
Documento	CC1019075971	**Dirección**	AV 1 #1 - 1
Tipo de Empresa	INDEPENDIENTE	**Teléfono**	3204404752
Tipo Persona	NATURAL	**Forma Presentación**	ÚNICO
Ciudad	BOGOTA D.C.	**Departamento**	BOGOTA D.C.
Representante Legal		**Identificación**	
Total Afiliados	1	**ARP**	ARL SURA

II. DETALLE DEL APORTANTE

Datos del Afiliado				Novedades																		Pensiones			Salud			Riesgos			Cajas			Parafiscales				Total
Identificación	Apellidos y Nombres	Tipo Cotizante	Subtipo Cotizante	ING	RET	RET P	TDE	TAE	TDP	TAP	VSP	COR	VST	SLN	IGE	LMA	VAC	AVP	VCT	IRP	Días APO	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 1019075971	YESICA KATERINE NOVOA GARCIA	59	00																		0	30	30	30	0	(25-14) COLPENSIONES	$ 1.599.228	$ 255.900	(EPS017) FAMISANAR EPS	$ 1.599.228	$ 200.000	2.436	$ 1.599.228	$ 39.000	(NIN-CC) NINGUNA CCF	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 494.900

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
$ 1.599.228	$ 1.599.228	$ 1.599.228	$ 0	$ 255.900	$ 200.000	$ 39.000	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 494.900	$ 0	$ 494.900

Líneas de Servicio FonoSIMPLE: Bogotá 601 4446634 - Cali: 602 5540577 - Medellín: 604 5146669 - Bucaramanga: 607 6436000 - Cartagena: 605 6945444 - Pereira: 606 3402582 - Barranquilla: 605 3618650 - Resto del País: 018000 971 971 - ¡Más que Fácil, SIMPLE!

¡El Poder de lo SIMPLE!

Antes de imprimir, asegúrese que sea realmente necesario. Protegar el medio ambiente está en nuestras manos.

DAVIVIENDA | DAVIplata

Pago PSE



Transacción aprobada

Resultado de la transacción

Código único CUS
1377946280

Destino Pago
SISTEMA INTEGRADO MULTIPLE DE PAGOS ELECTRONICOS S

Motivo
Pago PSE. Ref:8822963817-202503-446655. idTrans:446655

Fecha
01-04-2025

Número de aprobación
77946280

Dirección IP
179.19.236.240

Número de factura
174352074313754

Valor transacción	Costo de la transacción	Valor impuestos
$ 494.900,00	$ 0,00 IVA incluido	$ 0,00

Referencia 1	Referencia 2	Referencia 3
02	900097333	6311

Banco Davivienda S.A. Todos los derechos reservados 2017

DAVIVIENDA