Secretaría Distrital 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 Y SUPERVISION DE ACTIVIDADES DEL CONTRATO DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS Y DE APOYO A LA GESTIÓN	CÓDIGO: AP-IA-FT-077 VERSIÓN: 2 FECHA: 2025-06-09

CELEBRADO ENTRE LA SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E Y YESICA KATERINE NOVOA GARCIA				
		CON C.C Nº	1.019.075.971	
OBJETO DEL CONTRATO:	PRESTAR SERVICIOS COMO PROFESIONAL EN ENFERMERIA PARA DESARROLLAR ACTIVIDADES EN LA DIRECCION DE GESTION 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**	**No. HORAS EJECUTADAS**	187	
VALOR TOTAL DEL CONTRATO INCLUIDO ADICIONES:	**$ 28.166.696**	**VALOR DE HONORARIOS PERÍODO A CERTIFICAR:**	**$ 4.502.700**	
PLAZO TOTAL DEL CONTRATO INCLUIDO PRORROGAS	SEIS (6) 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 GRADO0 05			

ITEM	**II. ACTIVIDADES REALIZADAS EN EL PERIODO, DE ACUERDO CON EL OBJETO Y LAS OBLIGACIONES ESTABLECIDAS EN EL CONTRATO**
1	OBSERVACION 1, VALOR INDEXACION $ 318,639
2	OBSERVACION 2, VALOR DE LOS HONORARIOS $ 4,184,061
3	DILIGENCIAR BASE DE DATOS EMBERA, REPORTES DIARIOS, ACTAS, INFORMES JORNADAS DE SALUD, LISTADOS DE ASISTENCIA
4	REALIZAR ACTAS Y DILIGENCIAR BASES DE GRUPO ETNICO
5	LECTURA Y ENTREGA DE ACTAS DE APROPIACION DEL DOCUMENTO OPERATIVO DEL EQUIPO BASICO EXTRAMURAL HOGAR
6	DILIGENCIAR LISTADO DE ASISTENCIAS DE LAS ACTIVIDADES DIARIAS REALIZADAS
7	REALIZAR FICHAS DE NOTIFICACION Y CANALIZACIONES DE INTERES EN SALUD PUBLICA
8	SE REALIZA ACTAS DE EDADES Y REGISTRO FOTOGRAFICO DE LAS ACTIVIDADES EJECUTADAS
9	ASISTENCIA A REUNIONES DE EQUIPO Y FORTALECIMIENTO, CONVOCADAS POR LIDERES OPERATIVOS
10	DILIGENCIAR DRIVE DE CRONOGRAMA DE ACTIVIDADES DIARIAMENTE

III. VERIFICACION DE ACTIVIDADES DESARROLLADAS

SE VERIFICA QUE HA CUMPLIDO CON LAS ACTIVIDADES ASIGNADAS DURANTE EL MES O PERIODO EJECUTADO 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 (01/06/2025) AL (30/06/2025)

IV. INFORMACIÓN DE APORTES A SEGURIDAD SOCIAL

No. DE PLANILLA:	1073160457	**OPERADOR:**	SIMPLE

CONCEPTO DEL PAGO	**ENTIDAD**	**FECHA DE PAGO**	**VALOR**
SALUD:	**FAMISANAR**	5/06/2025	**$ 204.800**
PENSIÓN:	**COLPENSIONES**	5/06/2025	**$ 262.100**
RIESGOS LABORALES:	**SURA**	5/06/2025	**$ 40.000**
OTRO			**$ -**
	TOTAL PAGADO		**$ 506.900**

V. DECLARACIONES DEL CONTRATISTA

1.- Que desarrollé las actividades descritas en el informe anexo, dentro del período 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 afiliacion 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 fotograficasy/o documentales que soporten las acividades realizadas en el periodo correspondiente

NOMBRE Y FIRMA DEL CONTRATISTA	**YESICA KATERINE NOVOA GARCIA** **CC No 1019075971**
FIRMA DE QUIEN VALIDA	**LILIANA TELLEZ VALBUENA** **SUPERVISOR ALTERNO**
FIRMA DE QUIEN CONVALIDA EL CUMPLIMIENTO DE LAS OBLIGACIONES PARA EL PRESENTE PERIODO DE PAGO:	**LORENZA BECERRA CAMARGO** **SUPERVISOR DEL CONTRATO**

DATOS DEL CONTRATISTA			
FECHA DE DILIGENCIAMIENTO: 30/06/2025			
NOMBRES Y APELLIDOS:	YESICA KATERINE NOVOA GARCIA	**CC:**	1019075971
CORREO ELECTRÓNICO:	ynovoa92@gmail.com	**TELÉFONO:**	3204404752
DIRECCIÓN DOMICILIO:	Carrera 87 129 B 32	**CIUDAD:**	Bogotá D. C.

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:**	***AHORROS***	**N° CUENTA:**	***63989423489***

DATOS DEL PERIODO OBJETO DE PAGO			
N° DEL CONTRATO:	**PS 4257 2025**	**VALOR CORRESPONDIENTE AL PERIODO OBJETO DE COBRO**	**$ 4.502.700**
FECHA DE INICIO CONTRATO	17/01/2025	**FECHA DE TERMINACIÓN CONTRATO:**	31/07/2025
PERIODO OBJETO DE COBRO:	01/06/2025 AL 30/06/2025		

YESICA KATERINE NOVOA GARCIA
C.C 1019075971
Cel: 3204404752

PAGOSIMPLE | AUTOLIQUIDACION CONSOLIDADA

Fecha creación reporte: 2025-06-05, 11:59:36 AM **Tipo Planilla:** I: PLANILLA INDEPENDIENTES **Numéro Planilla:** 1073160457

Periodo Cotización: mayo de 2025 **Periodo Servicio:** mayo de 2025 **Referencia pago (PIN):** 8823195984

PAGADO 05/06/2025

I. DATOS DEL APORTANTE

Razón Social	YESICA KATHERINE NOVOA GARCIA		
Documento	CC1019075971	**Dirección**	CR 87 #129 B - 32
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 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 1019075971	YESICA KATERINE NOVOA GARCIA	59	00								X								0	30	30	30	0	(25-14) COLPENSIONES	$ 1.637.950	$ 262.100	(EPS017) FAMISANAR EPS	$ 1.637.950	$ 204.800	2,436	$ 1.637.950	$ 40.000	(NIN-CC) NINGUNA CCF	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 506.900

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
$ 1.637.950	$ 1.637.950	$ 1.637.950	$ 0	$ 262.100	$ 204.800	$ 40.000	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 506.900	$ 0	$ 506.900

Líneas de Servicio FonoSIMPLE: Bogotá 601 4446634 - Cali: 602 5540577 - Medellín: 604 5146669 - Bucaramanga: 607 6438000 - Cartagena: 605 6945444 - Pereira: 606 3402582 - Barranquilla: 605 3618850 - Resto del País: 018000 971 971 - ¡Más que Fácil, SIMPLE!

¡El Poder de lo SIMPLE!

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

TRANSACCIÓN APROBADA

Comprobante de la transacción
8823195984-202505-647046

Referencia / PIN

8823195984

Periodo de cotización

202505

Numero aprobación (CUS)

1532388267

Banco

NEQUI

Valor pagado

$ 506.900

Fecha de pago

2025-06-05 11:36:31.0

Respuesta

¡Tu pago ha sido aprobado!

Descargar Comprobante

NUEVO PAGO