

<div style="display: flex; justify-content: space-between;"> <div> <p style="font-size: 8px;">Ministerio de Salud Subsecretaría de Servicios de Salud Centro Oriente E.S.E.</p> </div> <div> <p style="font-size: 8px; margin: 0;">SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E APOYO – GESTION DE CONTRATACIÓN FORMATO INFORME DE EJECUCIÓN Y SUPERVISIÓN DE ACTIVIDADES DEL CONTRATO DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS Y DE APOYO A LA GESTIÓN</p> </div> <div> <p style="font-size: 8px; margin: 0;">CÓDIGO: AP-1A- FT-077 VERSIÓN: 2 FECHA: 2025-06-09</p> </div> </div>			
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 184		
VALOR TOTAL DEL CONTRATO INCLUIDO ADICIONES:	\$ 32.612.455 VALOR DE HONORARIOS PERIODO A CERTIFICAR: \$ 4.115.898		
PLAZO TOTAL DEL CONTRATO INCLUIDO PROROGAS	SIETE (7) 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 GRAD00 05		
II. ACTIVIDADES REALIZADAS EN EL PERIODO, DE ACUERDO CON EL OBJETO Y LAS OBLIGACIONES ESTABLECIDAS EN EL CONTRATO			
1	APOYAR PROCESO DE CARACTERIZACIÓN FAMILIAR DE ACUERDO A LA ORGANIZACIÓN DEL ABORDAJE EN CADA UNO DE LOS PUNTOS		
2	IMPLEMENTACIÓN DEL PLAN DE CUIDADO FAMILIAR ACORDE A CRITERIOS DE PRIORIZACIÓN RELACIONADOS EN LA ACTIVIDAD 2		
3	BASE DE DATOS EMBERA, REPORTES DIARIOS, ACTAS, INFORMES, JORNADAS DE SALUD, LISTADOS DE ASISTENCIA		
4	DILIGENCIAMIENTO DE ACTAS Y BASES REQUERIDAS EN LAS ACCIONES REALIZADAS		
5	ATENCIÓNES INDIVIDUALES PARA LA GESTIÓN DE RIESGO INDIVIDUAL SEGÚN GRUPOS Y CRITERIOS DE RIESGO, PARA LOS CASOS YA ESTABLECIDOS Y RELACIONADOS EN EL DOCUMENTO DE LA ACCIÓN INTEGRAL E INTEGRADA CUIDADO PARA LA SALUD FAMILIAR O LAS ATENCIONES QUE SE REQUIERAN EN EL MARCO DE LA RESPUESTA SECTORIAL A LA COMUNIDAD EMBERA CON LOS CRITERIOS TÉCNICOS DE LA ATENCIÓN		
6	CONSOLIDAR LISTADO DE ASISTENCIAS DE LAS ACTIVIDADES REALIZADAS		
7	REVISIÓN DE BASES DE DATOS Y REALIZACIÓN DE ACTAS		
8	REALIZAR ACTAS DE ARTICULACIÓN		
9	FICHAS DE NOTIFICACIÓN Y CANALIZACIONES		
10	SEGUIMIENTO POR EGRESO HOSPITALARIO DEL RECIÉN NACIDO CON LAS SIGUIENTES FRECUENCIAS: I. VALORACIÓN ESTADO DE EGRESO, VALORACIÓN A LOS 3 DÍAS (VERIFICAR Y GESTIONAR LA CONSULTA RECIÉN NACIDO), SEGUIMIENTO A LA SEMANA, Y SEGUIMIENTO A LOS 15 DÍAS		
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.			
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 clausula "Forma de Pago, CERTIFICO el cumplimiento de las obligaciones pactadas con el contratista, para el pago correspondiente al periodo del (01/08/2025) AL (31/08/2025)			
IV. INFORMACIÓN DE APORTES A SEGURIDAD SOCIAL			
No. DE PLANILLA:	1074733086	OPERADOR:	SIMPLE
CONCEPTO DEL PAGO	ENTIDAD	FECHA DE PAGO	VALOR
SALUD:	FAMISANAR	8/08/2025	\$ 206.400
PENSIÓN:	COLPENSIONES	8/08/2025	\$ 264.200
RIESGOS LABORALES:	SURA	8/08/2025	\$ 40.300
OTRO			\$ -
TOTAL PAGADO			\$ 510.900
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 ningún 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		 YESICA KATERINE NOVOA GARCIA CC No 1019075971	
FIRMA DE QUIEN VALIDA		 SANDRA YANNETH CONTRERAS PEÑALOSA 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: 31/08/2025					
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	\$ 4.115.898		
FECHA DE INICIO CONTRATO	17/01/2025	FECHA DE TERMINACIÓN CONTRATO:	31/08/2025		
PERIODO OBJETO DE COBRO:	01/08/2025 AL 31/08/2025				
<div> YESICA KATERINE NOVOA GARCIA C.C. 1019075971 Cel: 3204404752</div>					

Simple

PAGOSIMPLE |

AUTOLIQUIDACION
CONSOLIDADA

Fecha creación reporte: 2025-08-08, 11:59:27 AM

Tipo Planilla:

I: PLANILLA INDEPENDIENTES

Número Planilla: 1074733086

Periodo Cotización: julio de 2025

Periodo Servicio: julio de 2025

Referencia pago (PIN): 8823359665

PAGADO 08/08/2025

I. DATOS DEL APORTANTE

Razón Social	YESICA KATHERINE NOVOA GARCIA	Dirección	CR 87 #129 B - 32
Documento	CC1019075971	Teléfono	3204404752
Tipo de Empresa	INDEPENDIENTE	Forma Presentación	ÚNICO
Tipo Persona	NATURAL	Departamento	BOGOTA D.C.
Ciudad	BOGOTA D.C.	Identificación	
Representante Legal		ARP	ARL SURA
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	RET P	TAE	TDE	TDP	TAP	VSP	GR	GR	GR	GR	GR	GR	GR	GR	GR	GR	GR	GR	GR	GR	GR	GR	GR	GR	GR	GR	GR	Total
CC 1019075971	YESICA KATHERINE NOVOA GARCIA	59	00																														\$ 510.900

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
\$ 1.650.900	\$ 1.650.900	\$ 1.650.900	\$ 0	\$ 264.200	\$ 206.400	\$ 40.300	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 510.900	\$ 0	\$ 510.900

TRANSACCIÓN APROBADA

Comprobante de la transacción
8823359665-202507-852745

Referencia / PIN

8823359665

Periodo de cotización

202507

Numero aprobación (CUS)

1687311848

Banco

NEQUI

Valor pagado

\$ 510.900

Fecha de pago

2025-08-08 11:36:10.0

Respuesta

!Tu pago ha sido aprobado!

Descargar Comprobante

NUEVO PAGO