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				
KAREN YICEL LLANOS CASTAÑO				
	CON C.C Nº	1.013.638.657		
OBJETO DEL CONTRATO:	PRESTAR SERVICIOS COMO PROMOTOR 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 4702 2025	**FECHA INICIO CONTRATO**	10/02/2025	
VALOR INICIAL DEL CONTRATO	**$ 4.920.528**	**No. HORAS EJECUTADAS**	40 ✓	
VALOR TOTAL DEL CONTRATO INCLUIDO ADICIONES:	**$ 19.388.019**	**VALOR DE HONORARIOS PERÍODO A CERTIFICAR:**	**$ 552.160** ✓	
PLAZO TOTAL DEL CONTRATO INCLUIDO PRORROGAS	SEIS (6) MESES Y VEINTIUN (21) 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 (Deben ser coherentes con las actividades específicas realizadas durante el mes)**
1	OBSERVACION 1 , VALOR SALDO PENDIENTE DE 40 HORAS $ 552,160 PESOS ✓
2	SE LLENA PLANTILLA CON LOS DATOS DE LAS VISITAS REALIZADAS DURANTE EL MES DE EN EL TERRITORIO 127 DE LA LOCALIDAD SAN CRISTÓBAL
3	SE REALIZA LA IDENTIFICACIÓN DE REGISTRO EN SALUD DE LA POBLACIÓN MEDIANTE LA CARACTERIZACIÓN Y SEGUIMIENTO A ÑAS FAMILIAS DEL TERRITORIO 127 DE LA LOCALIDAD SAN CRISTÓBAL
4	SE REALIZA ENTREGA DE CRONOGRAMA DEL MES DE PROYECTANDO A FIN DE MES Y SE ACTUALIZA DE MANERA DIARIA SEGÚN LAS ACTIVIDADES A DESARROLLAR
5	SE ASISTE A REUNIÓNES Y CAPACITACIÓNES PRESENCIALES Y VIRTUALES DURANTE EL MES
6	SE REALIZA CARACTERIZACION DE LA BASE DE RUTEO RBC EN LOS DIFERENTES BARRIOS ASIGNADOS
7	SE REALIZA LECTURA DE GUIA OPERATIVA DE EQUIPOS BÁSICOS EXTRAMURALES Y TODOS SUS ANEXOS
8	SE VERIFICAN PLANOS Y SE REALIZAN AJUSTES SEGÚN LO EVIDENCIADO
9	SE REALIZA LLAMADAS EN TIEMPO REAL PAGA ASIGNACIÓN DE CITAS

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 (01/07/2025) AL (31/07/2025) ✓

IV. INFORMACIÓN DE APORTES A SEGURIDAD SOCIAL

No. DE PLANILLA:	1074009906 ✓	**OPERADOR:**	SIMPLE

CONCEPTO DEL PAGO	**ENTIDAD**	**FECHA DE PAGO**	**VALOR**
SALUD:	**FAMISANAR**	8/07/2025 ✓	**$ 178.000** ✓
PENSIÓN:	**COLFONDOS**	8/07/2025 ✓	**$ 227.800** ✓
RIESGOS LABORALES:	**POSITIVA**	8/07/2025 ✓	**$ 34.700** ✓
OTRO			
	TOTAL PAGADO		**$ 440.500** ✓

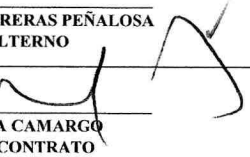
V. DECLARACIONES DEL CONTRATISTA

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	Karen Llanos **KAREN YICEL LLANOS CASTAÑO** **CC No 1.013.638.657**
FIRMA DE QUIEN VALIDA	Sandra **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:	KAREN YICEL LLANOS CASTAÑO	**CC:**	1013638657
CORREO ELECTRÓNICO:	karenllanos1993@gmail.com	**TELÉFONO:**	3123035909
DIRECCIÓN DOMICILIO:	CL 36B SUR 3C 47	**CIUDAD:**	BOGOTA

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:**	698-651368-03

DATOS DEL PERIODO OBJETO DE PAGO			
Nº DEL CONTRATO:	**PS 4702 2025**	**VALOR CORRESPONDIENTE AL PERIODO OBJETO DE COBRO**	**$ 552.160**
FECHA DE INICIO CONTRATO	10/02/2025	**FECHA DE TERMINACIÓN CONTRATO:**	31/08/2025 ✓
PERIODO OBJETO DE COBRO:	01/07/2025 AL 31/07/2025 ✓		

Karen Llanos

KAREN YICEL LLANOS CASTAÑO
C.C 1013638657
Cel: 3123035909

PAGOSIMPLE | AUTOLIQUIDACION CONSOLIDADA

Fecha creación reporte: 2025-07-10, 03:04:30 PM Tipo Planilla: I: PLANILLA INDEPENDIENTES Número Planilla: 1074009906

Periodo Cotización: junio de 2025 Periodo Servicio: junio de 2025

PAGADA 08/07/2025 EN HORARIO EXTENDIDO

I. DATOS DEL APORTANTE

Razón Social	KAREN YICEL LLANOS CASTANO		
Documento	CC1013638657	Dirección	CL 35B SUR #3 A - 42
Tipo de Empresa	INDEPENDIENTE	Teléfono	3123035909
Tipo Persona	NATURAL	Forma	ÚNICO
Ciudad	BOGOTA D.C.	Departamento	BOGOTA D.C.
Representante Legal		Identificación	
Total Afiliados	1	ARP	POSITIVA DE SEGUROS

II. DETALLE DEL APORTANTE

Datos 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	AUP	VCT	IRP	Días AFP	Días EPS	Días	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 1013638657	KAREN YICEL LLANOS CASTAÑO	57	0																	0	30	30	30	0	(231001) COLFONDOS	$1,423,500	$227,800	(EPS017) FAMISANAR EPS	$1,423,500	$178,000	2.436	$1,423,500	$34,700	(NIN-CC) NINGUNA CCF	$0	$0	$0	$0	$0	$0	$440,500

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
$1,423,500	$1,423,500	$1,423,500	$0	$227,800	$178,000	$34,700	$0	$0	$0	$0	$0	$0	$0	$440,500	$0	$440,500

Líneas de Servicio FonoSIMPLE: Bogotá 4446634 - Cali: 554 0515 - Medellín: 514 66 69 - Bucaramanga: 643 80 00 - Cartagena: 694 54 44 - Pereira: 340 25 82 - Barranquilla: 361 88 50 - 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.

¡Hola, Karen yicel llanos castaño!

Estado de la Transacción: Aprobada

Los siguientes son los datos de tu transacción:



Valor: $ 440.500

Empresa: SIMPLE OI

Descripción: Pago de Seguridad Social

Fecha de la transacción: 08/07/2025

CUS: 1614088012

Gracias por utilizar nuestro servicio.

Ten encuenta estos tips de seguridad:

Usa dispositivos personales o de confianza para realizar tus pagos.