



DAVIVIENDA



BANCO_DAVIVIENDA@DAVIVIEN... 10 sept
Para Tú

Apreciado(a) JENNY YARLETI:

Le informamos que se ha registrado el siguiente movimiento de su Cta de Ahorros terminada (o) en ****1148:

Fecha:2025/09/10

Hora:13:47:28

Valor Transacción: \$440,500

Clase de Movimiento: Descuento en Internet,

Lugar de Transacción:PSE SISTEMA INTEGRADO MUL

BANCO DAVIVIENDA

Muchas gracias.

Sí, fui yo.

Gracias por la

Responder



DATOS DEL CONTRATISTA

FECHA DE DILIGENCIAMIENTO: 30/09/2025

NOMBRES Y APELLIDOS:	FRANCY YINET RAMIREZ PARRA	CC:	1045139866
CORREO ELECTRÓNICO:	FRANCYRAMIPA1989@GMAIL.COM	TELÉFONO:	3137108171
DIRECCIÓN DOMICILIO:	KR 80C 42C 57 SUR	CIUDAD:	BOGOTÁ

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.

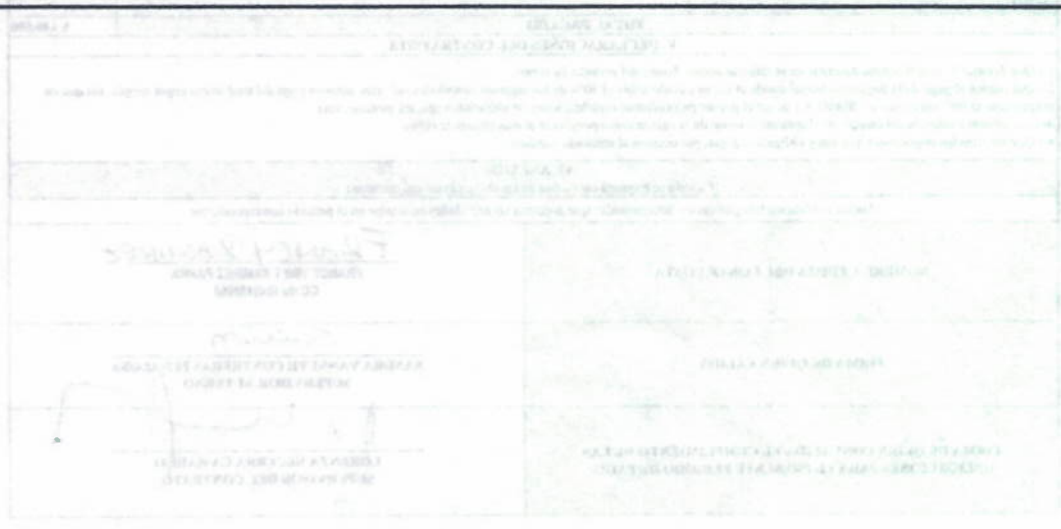
SI ()	NO (X)
---------------	---------------

BANCO AL CUAL CONSIGNAR: DAVIVIENDA **TIPO DE CUENTA:** AHORROS **Nº CUENTA:** 0550456000176523.

DATOS DEL PERIODO OBJETO DE PAGO

Nº DEL CONTRATO:	PS 4458 2025	VALOR CORRESPONDIENTE AL PERIODO OBJETO DE COBRO	\$ 2.401.719
FECHA DE INICIO CONTRATO	29/01/2025	FECHA DE TERMINACIÓN CONTRATO:	30/09/2025
PERIODO OBJETO DE COBRO:	01/09/2025 AL 30/09/2025		


FRANCY YINET RAMIREZ PARRA
C.C 1.045.139.866
Cel: 3137108171



		SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E APOYO - GESTIÓN DE CONTRATACIÓN FORMATO INFORME DE EJECUCIÓN Y SUPERVISIÓN 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					
FRANCY YINET RAMIREZ PARRA					
CON C.C.N°			1.045.139.866		
OBJETO DEL CONTRATO:	PRESTAR SERVICIOS COMO GESTOR ÉTNICO 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 4458 2025		FECHA INICIO CONTRATO	29/01/2025	
VALOR INICIAL DEL CONTRATO	\$ 4.428.365		No. HORAS EJECUTADAS	232	
VALOR TOTAL DEL CONTRATO INCLUIDO ADICIONES:	\$ 18.349.454			VALOR DE HONORARIOS PERÍODO A CERTIFICAR:	\$ 2.401.719
PLAZO TOTAL DEL CONTRATO INCLUIDO PRORROGAS	OCHO (8) MESES Y TRES (3) DÍAS				
UNIDAD FUNCIONAL EJECUCIÓN DE ACTIVIDADES:	SA2 SEDE ADMINISTRATIVA SAN JOSE OBRERO				
NOMBRE DEL SUPERVISOR:	LORENZA BECERRA CAMARGO - DIRECTOR TÉCNICO CODIGO 009 GRADO 05				
ITEM	II. ACTIVIDADES REALIZADAS EN EL PERÍODO, DE ACUERDO CON EL OBJETO Y LAS OBLIGACIONES ESTABLECIDAS EN EL CONTRATO (Deben ser coherentes con las actividades específicas realizadas durante el mes)				
1	COBRO CORRESPONDIENTE A INSUMO ANCESTRAL MES DE SEPTIEMBRE, POR UN VALOR DE: \$ 487.784				
2	COBRO CORRESPONDIENTE A 184 HORAS REGULARES DEL MES DE SEPTIEMBRE, POR UN VALOR DE: \$ 1.913.935				
3	REALIZAR PRE CRÍTICA Y PRE AUDITORÍA A LOS SOPORTES A ENTREGAR DURANTE ESTE PERÍODO.				
4	REALIZAR ATENCIÓN PROPIA DE LA MEDICINA ANCESTRAL EN EL KILOBO ARONI				
5	PARTICIPAR EN LA REUNIÓN MENSUAL DE LOS EQUIPOS BÁSICOS EXTRAMURALES HOGAR				
6	REALIZAR PRE CRÍTICA O PRE AUDITORÍA, A LOS PRODUCTOS ENTREGADOS DURANTE EL PERÍODO.				
7	ASISTIR A REUNIONES CITADAS POR LA AUTORIDAD ÉTNICA (CONSULTIVAS)				
8	REALIZAR PROCESO DE COMPRA Y PREPARACIÓN DE INSUMOS ANCESTRALES, PARA LAS FAMILIAS Y LAS ACCIONES PROPIAS DE MEDICINA ANCESTRAL.				
9	REALIZAR ACTIVACIÓN DE RUTAS A LAS FAMILIAS, DE SER NECESARIO.				
10	ENTREGAR LAS FACTURAS DE COMPRA DE INSUMOS ANCESTRALES A LA SUBRED, OPORTUNAMENTE.				
III. VERIFICACION DE ACTIVIDADES DESARROLLADAS					
SE VERIFICA QUE HA CUMPLIDO CON LAS ACTIVIDADES ASIGNADAS DURANTE EL MES O PERÍODO 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 cláusula "Forma de Pago, CERTIFICO el cumplimiento de las obligaciones pactadas con el contratista, para el pago correspondiente al periodo del (01/09/2025) AL (30/09/2025)					
IV. INFORMACIÓN DE APORTES A SEGURIDAD SOCIAL					
No. DE PLANILLA:	1074853609		OPERADOR:	SIMPLE	
CONCEPTO DEL PAGO	ENTIDAD	FECHA DE PAGO	VALOR PAGADO		
SALUD:	SALUD TOTAL	10/09/2025	\$ 178.000		
PENSIÓN:	COLPENSIONES	10/09/2025	\$ 227.800		
RIESGOS LABORALES:	SEGUROS BOLIVAR	10/09/2025	\$ 34.700		
OTRO					
TOTAL PAGADO					\$ 440.500
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 calculó sobre el 40% de los ingresos caucelados 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, 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.					
VI. 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			 FRANCY YINET RAMIREZ PARRA CC No 1045139866		
FIRMA DE QUIEN VALIDA			 SANDRA YANNETH CONTRERAS PEÑALOSA SUPERVISOR ALTERNO		
FIRMA DE QUIEN CONVALIDA EL CUMPLIMIENTO DE LAS OBLIGACIONES PARA EL PRESENTE PERÍODO DE PAGO:			 LORENZA BECERRA CAMARGO SUPERVISOR DEL CONTRATO		