	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					
KEILY YULIETH COPETE CAICEDO					
		CON C.C Nº	1.076.383.980		
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 4887 2025		**FECHA INICIO CONTRATO**	7/02/2025
VALOR INICIAL DEL CONTRATO	**$ 21.151.052**		**No. HORAS EJECUTADAS**	184	
VALOR TOTAL DEL CONTRATO INCLUIDO ADICIONES:	**$ 17.223.006**			**VALOR DE HONORARIOS PERÍODO A CERTIFICAR:**	**$ 2.539.887**
PLAZO TOTAL DEL CONTRATO INCLUIDO PRORROGAS	SIETE (7) MESES Y VEINTE (20) 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	OBSERVACIONES CCOBRO DE 184 HORAS DE HNORARIOS DEL MES DE SEPTIEMBRE $2,539,887
2	ASISTENCIA A REUNIONES DE EQUIPO PROGRAMADAS POR LIDERES OPERATIVOS Y SDS
3	SE HACE ENTREGA DEL CRONOGRAMA Y EL INFORME DE ACTIVIDADES DEL MES CORRESPONDIENTE AL APOYO DEL EQUIPO
4	DAR CUMPLIMIENTO A LA META ESTIPULADA
5	SE REALIZA CARACTERIZAZCION DE RUTEO EN LOS DIFERENTES BARRIOS ASIGNADOS
6	SE REALIZA CARACTERIZACION DE LA BASE DE RUTEO EN LOS DIFERENTES BARRIOS ASIGNADOS
7	ABORDAJE DE LOS CASOS PRIORIZADOS DE RUTEO
8	SE REALIZA CARACTERIZACION ALAS PERSONAS QUE ACEPTA LA VISITA DE LOS DIFERENTES PERFILES
9	TRABAJO ADMINISTRATIVO EN CASA PARA ALISTAMIENTO FORMATO DE FIRMAS Y ESTRATEGIA A ABORDAR

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 articulo 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 (01/09/2025) AL (30/09/2025)

IV. INFORMACIÓN DE APORTES A SEGURIDAD SOCIAL

No. DE PLANILLA:	1074894667	**OPERADOR:**	PAGO SIMPLE

CONCEPTO DEL PAGO	**ENTIDAD**	**FECHA DE PAGO**	**VALOR**
SALUD:	**NUEVA EPS**	17/09/2025	**$ 178.000**
PENSIÓN:	**PORVENIR**	17/09/2025	**$ 227.800**
RIESGOS LABORALES:	**POSITIVA**	17/09/2025	**$ 34.700**
OTRO	**CCF COMPENSAR**	17/09/2025	**$ 28.500**
	TOTAL PAGADO		**$ 469.000**

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 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	Keily Copete KEILY YULIETH COPETE CAICEDO CC No 1076383980
FIRMA DE QUIEN VALIDA	SalmCont 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: 30/09/2025			
NOMBRES Y APELLIDOS:	KEILY YULIETH COPETE CAICEDO	**CC:**	1076383980
CORREO ELECTRÓNICO:	keyu123330@gmail.com	**TELÉFONO:**	3225253415
DIRECCIÓN DOMICILIO:	KR 32 10A 77	**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:	**BANCO CAJA SOCIAL**	**TIPO DE CUENTA:**	***AHORROS***	**N° CUENTA:**	24139012527

DATOS DEL PERIODO OBJETO DE PAGO			
N° DEL CONTRATO:	**PS 4887 2025**	**VALOR CORRESPONDIENTE AL PERIODO OBJETO DE COBRO**	**$ 2.539.887**
FECHA DE INICIO CONTRATO	14/02/2025	**FECHA DE TERMINACIÓN CONTRATO:**	30/09/2025
PERIODO OBJETO DE COBRO:	01/09/2025 AL 30/09/2025		

Keily copete

KEILY YULIETH COPETE CAICEDO
C.C 1076383980
Cel: 3225253415

Fecha creación reporte: 2025-09-17, 09:14:49 AM

Tipo Planilla: I: PLANILLA INDEP

Periodo Cotización: agosto de 2025

PAGADA 17

I. DATOS DEL APORTANTE

Razón Social	KEILY YULIETH COPETE CAICEDO		
Documento	CC1076383980	Dirección	
Tipo de Empresa	INDEPENDIENTE	Teléfono	
Tipo Persona	NATURAL	Forma	
Ciudad	SOACHA	Departamen	
Representante Legal		Identificació	
Total Afiliados	1	ARP	

II. DETALLE DEL APORTANTE

Datos Afiliado				Novedades																		Pensiones			Sal
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 APP	Días EPS	Días	Días CCF	Administradora	IBC Pensión	Aporte Pensión	Administradora
CC 1076383980	KEILY YULIETH COPETE CAICEDO	59	0																	0	30	30	30	30	(230301) PORVENIR	$1,423,500	$227,800	(EPS041) NUEVA EPS S.A. CM

III. TOTALES

IBC Pensión	IBC Salud	IBC Riesgos	IBC Cajas	Aportes Pensión	Aportes Salud	Aportes Riesgos	Aportes Cajas	Aportes Sena	Aportes IC
$1,423,500	$1,423,500	$1,423,500	$1,423,500	$227,800	$178,000	$34,700	$28,500	$0	

PAGOSIMPLE | AUTOLIQUIDACION CONSOLIDADA

Fecha creación reporte: 2025-09-17, 09:14:49 AM | Tipo Planilla: I: PLANILLA INDEPENDIENTES | Número Planilla: 1074894667

Periodo Cotización: agosto de 2025 | Periodo Servicio: agosto de 2025 | Referencia pago 8823070513

PAGADA 17/09/2025

I. DATOS DEL APORTANTE

Razón Social	KEILY YULIETH COPETE CAICEDO		
Documento	CC1076383980	Dirección	CR 32 #10 A - 77
Tipo de Empresa	INDEPENDIENTE	Teléfono	3225253415
Tipo Persona	NATURAL	Forma	ÚNICO
Ciudad	SOACHA	Departamento	CUNDINAMARCA
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	AVP	VCT	IRP	Días ARP	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 1076383980	KEILY YULIETH COPETE CAICEDO	59	0																	0	30	30	30	30	(230301) PORVENIR	$1,423,500	$227,800	(EPS041) NUEVA EPS S.A. CM	$1,423,500	$178,000	2.436	$1,423,500	$34,700	(CCF24) COMPENSAR CCF	$1,423,500	$28,500	$0	$0	$0	$0	$469,000

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	$1,423,500	$227,800	$178,000	$34,700	$28,500	$0	$0	$0	$0	$0	$0	$469,000	$0	$469,000

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!

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

¡El Poder de lo SIMPLE!

Scotiabank
COLPATRIA

CORRESPONSAL BANCARIO
SCOTIABANK COLPATRIA
Puntored no te cobra por esta transacción
Pago de facturas

TRANSACCIÓN EXITOSA

Fecha	17/09/2025
Hora	08:51:52
Terminal	382347
Convenio	PILA PLANILLA ASISTIDA SIMPLE
Cod. Convenio	0408
Referencia	8823070513
Valor	$469,000
Transaccion	001250109035
Usuario	IVONN CASTIBLANCO TORRES

Línea de atención personalizada en Bogotá: 601 3487877 Resto del País: 01 8000 960 505
Aquí también puede pagar su tarjeta de credito y creditos de consumo del Banco Scotiabank Colpatria
BANCO SCOTIABANK COLPATRIA VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA

El usuario autoriza a CONEXRED SAS (PUNTORED) para el tratamiento de los datos proporcionados para el envío de soportes electrónicos de las transacciones que realice en el punto, cuando ello sea requerido o solicitado por el Usuario, así mismo para realizar estudios de consumo, analítica de datos y comercializar la información procesada, para ampliar la oferta financiera, comercial y de servicios que le proporciona PUNTORED y /o para contactarlo y adelantar campañas comerciales. Para conocer sus derechos, consulte la Política de Tratamiento disponible en www.puntored.co los cuales podrá ejercer a través del correo servicioal.cliente@puntored.co