


			
<b>CELEBRADO ENTRE LA SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E Y</b>			
<b>YESICA PAOLA PIAMONTE SALAZAR</b>			
CON C.C N°		1,023,014,753	
<b>OBJETO DEL CONTRATO:</b>	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		
<b>CONTRATO DE PRESTACION DE SERVICIOS PROFESIONALES No.</b>	PS 5095 2025	<b>FECHA INICIO CONTRATO</b>	3/14/2025
<b>VALOR INICIAL DEL CONTRATO</b>	\$ 2,214,238	<b>No. HORAS EJECUTADAS</b>	184
<b>VALOR TOTAL DEL CONTRATO INCLUIDO ADICIONES:</b>	\$ 21,709,716	<b>VALOR DE HONORARIOS PERIODO A CERTIFICAR:</b>	\$ 2,539,936
<b>PLAZO TOTAL DEL CONTRATO INCLUIDO PRORROGAS</b>	SEIS (6) MESES Y (13) DÍAS		
<b>UNIDAD FUNCIONAL EJECUCIÓN DE ACTIVIDADES:</b>	SA2 SEDE ADMINISTRATIVA SAN JOSE OBRERO		
<b>NOMBRE DEL SUPERVISOR:</b>	LORENZA BECERRA CAMARGO - DIRECTOR TECNICO CODIGO 009 GRAD00 05		
<b>ITEM</b>	<b>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)</b>		
1	OBSERVACION COBRO DE HONORARIOS POR \$2. 539. 936		
2	PRESTAR SERVICIO A LAS FAMILIAS REALIZANDO TOMA DE SIGNOS VITALES A CADA INTEGRANTE DE LA FAMILIA PARA IDENTIFICAR EL ESTADO DE SALUD DE CADA INTEGRANTE Y DAR RESPUESTA A		
3	INICIAR LA INFORMACION DE LA CARACTERIZACION SOCIODEMOGRAFICA POR CADA FAMILIA EN EL APLICATIVO TODOS LOS DIAS		
4	PRESENTAR CRONOGRAMA DE ACTIVIDADES REALIZADAS DURANTE EL MES PLASMANDO DIRECCIONES		
5	ORGANIZACIÓN DE DOCUMENTACION PLANILLAS DE FIRMAS VERIFICANDO ORGANIZACIÓN Y CALIDAD DE LA MISMA PARA REALIZAR LA ENTREGA DE SOPORTES DE FIRMAS		
6	REALIZAR ACTIVACIONES DE RUTA CON EPS TODOS LOS DIAS POR CADA USUARIO SEGÚN EL RIESGO IDENTIFICADO PARA DAR RESPUESTA A LAS NECESIDADES EVIDENCIADAS		
7	PRESENTAR PREADUDITORIA DEL MES CORRESPONDIENTE AL MES VERIFICANDO CON PROFESIONALES DE APOYO META ESTABLESIDA Y HALLAZGOS		
8	REALIZAR DESPLAZAMIENTO A LOS TERRITORIOS 017 BARRIO LA PAZ Y 051 BARRIO CARMEN DEL SOL VERIFICACION DE MAPAS Y MANZANAS ASIGNADAS PARA LA UBICACIÓN DE LAS FAMILIAS A INTERVENIR TODOS LOS		
9	PLASMAR USUARIOS IDENTIFICADOS CON NACIONALIDAD EXTRANJEROS EN BASE ANEXO PARA IDENTIFICAR LOS RIESGOS ENCONTRADOS POR CADA INDIVIDUO TODOS		
<b>SE VERIFICA QUE HA CUMPLIDO CON LAS ACTIVIDADES ASIGNADAS DURANTE EL MES O PERIODO EJECUTADO Y SE APRUEBA PARA EL PAGO RESPECTIVO.</b>			
<b>ITEM</b>	<b>CUMPLIMIENTO DE REQUISITOS</b>	<b>SI</b>	<b>NO</b>
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 <b>clausula "Forma de Pago, CERTIFICO</b> el cumplimiento de las obligaciones pactadas con el contratista, para el pago correspondiente al periodo del ( 01/09/2025) AL (30/09/2025)			
<b>IV. INFORMACIÓN DE APORTES A SEGURIDAD SOCIAL</b>			
<b>No. DE PLANILLA:</b>	9490936605	<b>OPERADOR:</b>	APORTES EN LINEA
<b>CONCEPTO DEL PAGO</b>	<b>ENTIDAD</b>	<b>FECHA DE PAGO</b>	<b>VALOR PAGADO</b>
<b>SALUD:</b>	SANTITAS	11/09/2025	\$ 178,000
<b>PENSIÓN:</b>	PROTECCION	11/09/2025	\$ 227,800
<b>RIESGOS LABORALES:</b>	SURA	11/09/2025	\$ 34,700
<b>OTRO</b>			
<b>TOTAL PAGADO</b>			<b>\$ 440,500</b>
<b>V. DECLARACIONES DEL CONTRATISTA</b>			
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, 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.			
<b>VI. ANEXOS</b>			
(Cuando se requiera como una de las obligaciones del contrato)			
Anexar evidencias fotograficas/o documentales que soporten las actividades realizadas en el periodo correspondiente			
<b>NOMBRE Y FIRMA DEL CONTRATISTA</b>	 YESICA PAOLA PIAMONTE SALAZAR CC No 1023014753		
<b>FIRMA DE QUIEN VALIDA</b>	 SANDRA YANNETH CONTRERAS PEÑALOSA SUPERVISOR ALTERNO		
<b>FIRMA DE QUIEN CONVALIDA EL CUMPLIMIENTO DE LAS OBLIGACIONES PARA EL PRESENTE PERIODO DE PAGO:</b>	 LORENZA BECERRA CAMARGO SUPERVISOR DEL CONTRATO		

	
<b>FECHA DE DILIGENCIAMIENTO: 30/09/2025</b>	
<b>DATOS DEL CONTRATISTA</b>	
<b>NOMBRES Y APELLIDOS:</b>	YESICA PAOLA PIAMONTE SALAZAR
<b>CORREO ELECTRÓNICO:</b>	piamonte.salazar@gmail.com
<b>DIRECCIÓN DOMICILIO:</b>	TV 14 M 68 41 SUR
<b>CUIDAD:</b>	Bogotá
<b>CC:</b>	1023014753
<b>TELÉFONO:</b>	3013531987
<b>Manifiesto bajo la gravedad del juramento</b>	
<b>NO</b> tomare costos y deducciones	<input checked="" type="checkbox"/>
<b>SI</b> tomare costos y deducciones	<input type="checkbox"/>
<p>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 12 del artículo 100 de la Ley 1712 de 2014.</p> <p><b>Régimen Simple De Tributación :</b> 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.</p>	
<b>BANCO AL CUAL CONSIGNAR:</b>	DAVIVIENDA
<b>TIPO DE CUENTA:</b>	AHORROS
<b>Nº CUENTA:</b>	0550488436155417
<b>DATOS DEL PERIODO OBJETO DE PAGO</b>	
<b>Nº DEL CONTRATO:</b>	PS 5095 2025
<b>VALOR CORRESPONDIENTE AL PERIODO OBJETO DE COBRO</b>	\$ 2.539,455
<b>FECHA DE INICIO CONTRATO</b>	14/03/2025
<b>FECHA DE TERMINACIÓN CONTRATO:</b>	30/09/2025
<b>PERIODO OBJETO DE COBRO:</b>	01/09/2025 AL 30/09/2025
<b>YESICA PAOLA PIAMONTE SALAZAR</b> C.C 1023014753 Cel: 3013531987	

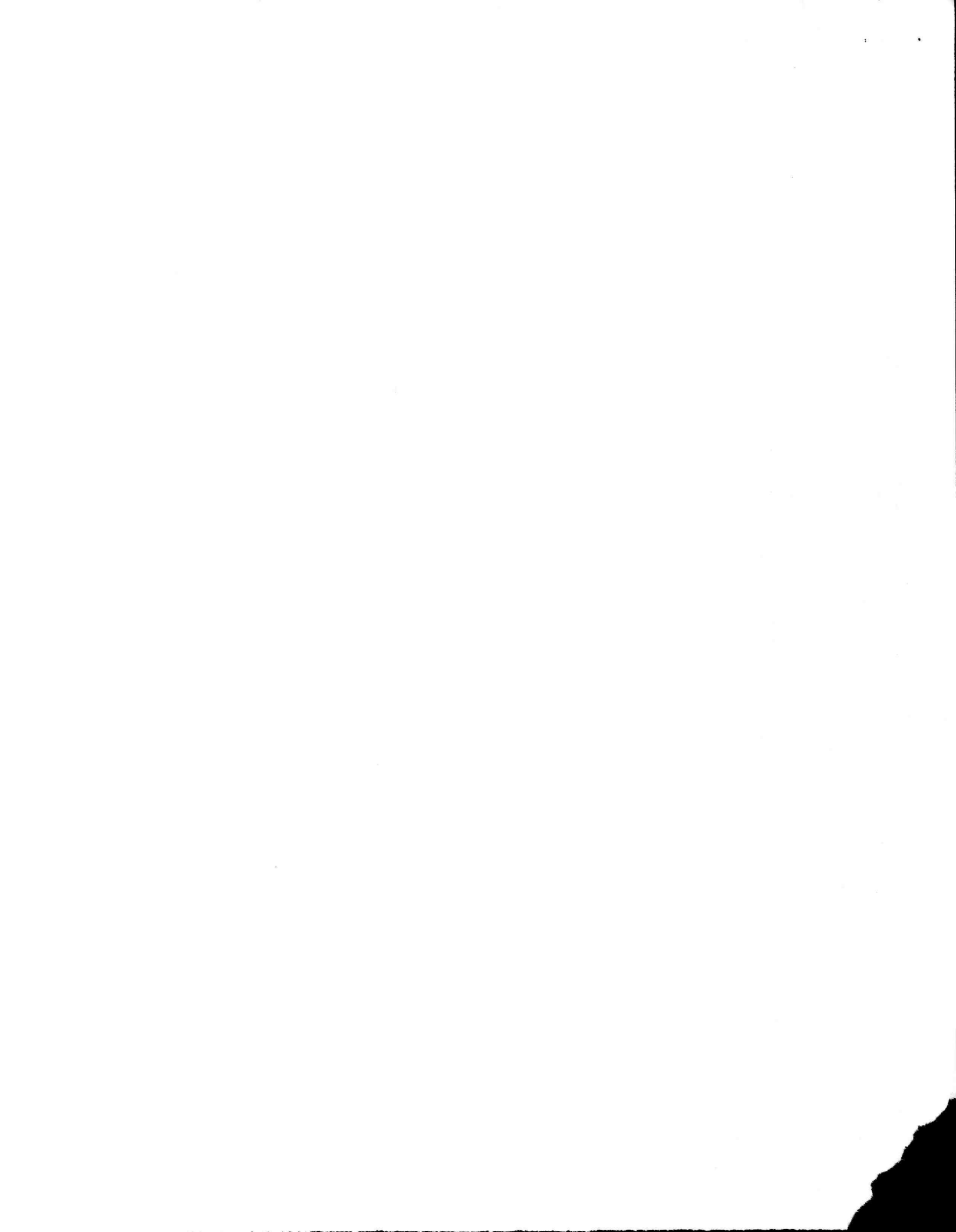
Dirección	Ciudad-Departamento	Teléfono	Exonerado SENA e ICBF
# 68 - 41 sur	BOGOTA-BOGOTA D. E.	4751314	No
Pago			
Banco	Días Mora	Valor	
CO DAVIVIENDA	0	\$440,500	

Aporte	CCF				RIESGOS				PARAFISCALES		
	Código	Días	IBC	Aporte	Código	Días	IBC	Aporte	Días	IBC	Aporte
\$178,000			\$0	\$0			\$1,423,500	\$34,700			\$0
\$178,000			\$0	\$0			\$1,423,500	\$34,700			\$0
\$178,000			\$0	\$0			\$1,423,500	\$34,700			\$0
\$178,000		0	\$0	\$0	14-11	30	\$1,423,500	\$34,700	0		\$0
\$178,000			\$0	\$0			\$1,423,500	\$34,700			\$0

DATOS GENERALES DEL APORTANTE									
Identificación	dv	Razon Social	Clase Aportante	Sucursal Principal	Direccion	Ciudad-Departamento	Teléfono	Exonerado SENA e ICBF	
CC 1023014753		PIAMONTE ALAZAR YESICA PAOLA	INDEPENDIENTE	PRINCIPAL	Tv 14 m # 68 - 41 sur	BOGOTA-BOGOTA D.E.	4751314	No	

DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION									
Periodo		Clave		Tipo	Fecha		Pago		
Pensión	Salud	Pago	Planilla	Planilla	Límite	Pago	Banco	Días Mora	Valor
2025-08	2025-08	1768695724	9490936605	I	2025/09/11	2025/09/11	BANCO DAVIVIENDA	0	\$440,500

LIQUIDACION DETALLADA DE APORTES																							
EMPLEADO				PENSION				SALUD				CCF				RIESGOS				PARAFISCALES			
No.	Identificación	Nombres		Codigo	Días	IBC	Aporte	Codigo	Días	IBC	Aporte	Codigo	Días	IBC	Aporte	Codigo	Días	IBC	Aporte	Días	IBC	Aporte	
Sucursal: PRINCIPAL ( 1 Afiliados)																							
						\$1,423,500	\$227,800			\$1,423,500	\$178,000			\$0	\$0			\$1,423,500	\$34,700			\$0	\$0
<b>Centro de Trabajo: PRINCIPAL ( 1 Afiliados)</b>						\$1,423,500	\$227,800			\$1,423,500	\$178,000			\$0	\$0			\$1,423,500	\$34,700			\$0	\$0
Ciudad: BOGOTA Depto: BOGOTA D.E. ( 1 Afiliados)																							
						\$1,423,500	\$227,800			\$1,423,500	\$178,000			\$0	\$0			\$1,423,500	\$34,700			\$0	\$0
1	CC	1023014753	PIAMONTE YESICA	230201	30	\$1,423,500	\$227,800	EP5005	30	\$1,423,500	\$178,000		0	\$0	\$0	14-11	30	\$1,423,500	\$34,700	0		\$0	\$0
<b>Total</b>		<b>Afiliados( 1)</b>				\$1,423,500	\$227,800			\$1,423,500	\$178,000			\$0	\$0			\$1,423,500	\$34,700			\$0	\$0



DATOS GENERALES DEL APORTANTE								
Identificación	dv	Razon Social	Clase Aportante	Sucursal Principal	Direccion	Ciudad-Departamento	Teléfono	Exonerado SENA e ICBF
CC 1023014753		PIAMONTE ALAZAR YESICA PAOLA	INDEPENDIENTE	PRINCIPAL	Tv 14 m # 68 - 41 sur	BOGOTA-BOGOTA D.E.	4751314	No

DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION									
Periodo		Clave		Tipo	Fecha		Pago		
Pensión	Salud	Pago	Planilla	Planilla	Limite	Pago	Banco	Días Mora	Valor
2025-08	2025-08	1768695724	9490936605	I	2025/09/11	2025/09/11	BANCO DAVIVIENDA	0	\$440,500

RESUMEN DE PAGO									
RIESGO	CODIGO	NIT	DV	AFILIADOS	VALOR LIQUIDADO	INTERESES MORA	SALDOS E INCAPACIDADES	VALOR A PAGAR	
AFP (ADMINISTRADORAS: 1)				1	\$227,800	\$0	\$0	\$227,800	
PROTECCION	230201	800,229,739	0	1	\$227,800	\$0	\$0	\$227,800	
ARL (ADMINISTRADORAS: 1)				1	\$34,700	\$0	\$0	\$34,700	
ARL SURA	14-11	890,903,790	5	1	\$34,700	\$0	\$0	\$34,700	
EPS (ADMINISTRADORAS: 1)				1	\$178,000	\$0	\$0	\$178,000	
SANITAS	EPS005	800,251,440	6	1	\$178,000	\$0	\$0	\$178,000	
<b>TOTAL</b>				<b>1</b>	<b>\$440,500</b>	<b>\$0</b>	<b>\$0</b>	<b>\$440,500</b>	





DAVIVIENDA

**BANCO DAVIVIENDA S.A.**

**CERTIFICA:**

Que **YESICA PAOLA PIAMONTE SALAZAR**, quien se identifica con **Cédula de ciudadanía No. 1023014753** y es titular de la cuenta terminada en **\*\*5417** , realizó el siguiente pago a través de :

Fecha del pago	Valor	Destino	Factura - Referencia	Número de Autorización
11/09/2025	\$ 440.500,00	APORTES EN LINEA	1768695724	68695724

Se expide en Bogotá, el 16-09-2025.

Atentamente,

**BANCO DAVIVIENDA S.A.**

Banco Davivienda S.A.

