

DATOS DEL CONTRATISTA

FECHA DE DILIGENCIAMIENTO: (31-10-2025)

NOMBRES Y APELLIDOS:	YOHANNA MARCELA HERNANDEZ VARGAS		CC:	53130691	
CORREO ELECTRÓNICO:	JOHANNAMARCELAHV@GMAIL.COM		TELÉFONO:	3212813827	
DIRECCIÓN DOMICILIO:	CL 93 SUR 14 33		CIUDAD:	BOGOTA	
BANCO AL CUAL CONSIGNAR:	BANCO DAVIVIENDA S.A.	TIPO DE CUENTA:	AHORROS	N° CUENTA:	004800535991

DATOS DEL CONTRATO O ADICION Y PERIODO OBJETO DE PAGO

N° DEL CONTRATO:	PS 5460 2025	VALOR CORRESPONDIENTE AL PERIODO OBJETO DE COBRO	\$ 1.822.480
FECHA DE INICIO CONTRATO	2025/05/13	FECHA DE TERMINACIÓN CONTRATO:	2025/10/20
PERIODO OBJETO DE COBRO:	DEL 2025/10/01 AL 2025/10/20		



YOHANNA MARCELA HERNANDEZ VARGAS
PS_5460_2025_FB8B67

NOMBRE Y FIRMA DEL CONTRATISTA:

YOHANNA MARCELA HERNANDEZ VARGAS

CC: 53130691

CEL: 3212813827

CELEBRADO ENTRE LA SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E Y

YOHANNA MARCELA HERNANDEZ VARGAS

CON C.C N°

53.130.691

OBJETO DEL CONTRATO:	PRESTAR SERVICIOS COMO PROMOTOR DE BIENESTAR 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 SED 7827009 2025
-----------------------------	--

CONTRATO DE PRESTACION DE SERVICIOS PROFESIONALES No.	PS 5460 2025	FECHA INICIO CONTRATO	2025/05/13
--	---------------------	------------------------------	-------------------

VALOR INICIAL DEL CONTRATO	\$ 4.465.076	No. HORAS EJECUTADAS	0
-----------------------------------	--------------	-----------------------------	----------

VALOR TOTAL DEL CONTRATO INCLUIDO ADICIONES:	\$ 12.392.864	VALOR DE HONORARIOS PERÍODO A CERTIFICAR:	\$ 1.822.480
---	---------------	--	--------------

PLAZO DEL CONTRATO INCLUYENDO PRORROGAS	SEIS (6) MESES
--	----------------

UNIDAD FUNCIONAL DE EJECUCIÓN DE ACTIVIDADES:	CENTRO DE SALUD PRIMERO DE MAYO
--	---------------------------------

NOMBRE DEL SUPERVISOR:	LIDA ESPERANZA MONTENEGRO PARRA
-------------------------------	---------------------------------

II. ACTIVIDADES REALIZADAS EN EL PERIODO, DE ACUERDO CON EL OBJETO Y LAS OBLIGACIONES ESTABLECIDAS EN EL CONTRATO
(Deben ser coherentes con las obligaciones específicas del contrato realizadas durante el mes)

1	Presentarse a la institución asignada para acordar actividades de promoción y prevención, estilos de vida saludable y acompañamiento en tiempos establecidos en la IED Reino De Holanda
2	participacion semana de capacitacion fortalecimiento de habilidades del 6 al 10 de octubre IED Panamericano
3	Fomentar estilos de vida saludable mediante programa de estrategias pedagógicas, líneas pedagógicas en cada una de las IED asignadas
4	Se realiza reporte diario en el link de Edusitio con actividades desarrolladas, se cargan en el drive evidencias fotográficas y plan de trabajo semanal
5	Se realiza apoyo a primer respondiente en caso de accidentes escolares y acorde a lo establecido en la ruta de accidentes escolares de la SED
6	Se entrega en la institución educativa informe de las actividades cuantitativas y cualitativas del mes de octubre
7	Para el mes de octubre el cumplimiento es de 40 actividades con reporte de diario y proyecto experiencia significativa
8	Se participa en los espacios de comités de gestión de riesgo y emergencias escolares convocados por las IED a demanda.
9	Se realiza reporte diario de las actividades desarrolladas en cada sede y jornada en planilla de firmas y planillas Drive del convenio y enlace de SED
10	se realiza apoyo a jornadas educacativas y de salud referentes a Tamizaje talla y peso y jornadas de vacunacion segun demanda
11	Acompañamiento a casos reportados y notificación al componente de vigilancia epidemiologica del mes de octubre

III. VERIFICACION DE ACTIVIDADES DESARROLLADAS



SE VERIFICA QUE QUE HA CUMPLIDO CON LAS ACTIVIDADES ASIGNADAS DURANTE EL MES O PERIODO LABORADO 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 (2025-10-01) AL (2025-10-20)

IV. INFORMACIÓN DE APORTES A SEGURIDAD SOCIAL

No. DE PLANILLA:	N° 1075580723	OPERADOR:	SIMPLE
CONCEPTO DEL PAGO	ENTIDAD	FECHA DE PAGO	VALOR PAGADO
SALUD:	FAMISANAR	2025/10/14	\$ 178.000
PENSIÓN:	COLFONDOS	2025/10/14	\$ 227.800

RIESGOS LABORALES:	SURA	2025/10/14	\$ 34.700
OTRO			
TOTAL PAGADO			\$ 440.500
V. DECLARACIONES DEL CONTRATISTA			
<p>1.- Que desarrollé las actividades descritas en el informe anexo, dentro del período de cobro.</p> <p>2.- Que realicé el pago de la Seguridad Social donde el ibr 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)</p> <p>3- Que adjunto evidencia del cargue en el aplicativo secop de la cuenta correspondiente al mes objeto de cobro .</p> <p>4.- Que autorizo los impuestos a que estoy obligado a pagar, por ocasión al señalado contrato.</p>			
VII. ANEXOS			
(Cuando se requiera como una de las obligaciones del contrato)			
Anexar evidencias fotográficas y/o documentales que soporten las actividades realizadas en el período correspondiente			
NOMBRE Y FIRMA DEL CONTRATISTA	 <p><i>YOHANNA MARCELA HERNANDEZ VARGAS</i> PS_5460_2025_FB8B67</p> <hr/> <p>YOHANNA MARCELA HERNANDEZ VARGAS CC: 53130691</p>		
FIRMA DE QUIEN VALIDA	 <p><i>OLGA LUCIA LOPEZ TAPIAS</i> PS_5460_2025_FB8B67</p> <hr/> <p>OLGA LUCIA LOPEZ TAPIAS SUPERVISOR ALTERNO</p>		
FIRMA DE QUIEN CONVALIDA EL CUMPLIMIENTO DE LAS OBLIGACIONES PARA EL PRESENTE PERIODO DE PAGO	 <p><i>LIDA ESPERANZA MONTENEGRO PARRA</i> PS_5460_2025_FB8B67</p> <hr/> <p>LIDA ESPERANZA MONTENEGRO PARRA SUPERVISOR DEL CONTRATO</p>		



PAGOSIMPLE |

AUTOLIQUIDACION
CONSOLIDADA

Fecha creación reporte: 2025-10-14, 10:47:34 AM

Tipo Planilla: I: PLANILLA INDEPENDIENTES

Número Planilla: 1075580723

Periodo Cotización: septiembre de 2025 Periodo Servicio: septiembre de 2025 Referencia pago (PIN): 8823371043

PAGADO 14/10/2025 EN HORARIO EXTENDIDO

I. DATOS DEL APORTANTE

Razón Social	YOHANNA MARCELA HERNANDEZ VARGAS		
Documento	CC53130691	Dirección	CL 93 SUR #14 - 33
Tipo de Empresa	INDEPENDIENTE	Teléfono	3212813827
Tipo Persona	NATURAL	Forma Presentación	ÚNICO
Ciudad	BOGOTA D.C.	Departamento	BOGOTA D.C.
Representante Legal		Identificación	
Total Afiliados	1	ARP	ARL SURA

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	TDE	TAE	TDP	TAP	USP	COR	USI	SIN	IGE	UMC	AVP	AVP	AVP	IRP	Dias FER	Dias EPS	Dias ROL	Dias ANC	Dias 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 53130691	YOHANNA MARCELA HERNANDEZ VARGAS	59	00																		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	\$ 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



Búsqueda

Mis procesos

Menú

Ir a

[Escritorio](#) → [Menú](#) → [Administración de contratos](#) → **Ver contrato**
1 [Información general](#)

<

Evaluación de la Entidad Estatal

>

2 [Condiciones](#)**VER CONTRATO**3 [Bienes y servicios](#)**Ejecución del Contrato**4 [Documentos del Proveedor](#)
 Porcentaje Recepción de artículos
5 [Documentos del contrato](#)**Plan de Pagos**6 [Información presupuestal](#)
 ¿Se requieren emisiones de
 códigos de autorización? Sí No
7 **Ejecución del Contrato**

Id de pago	Número de factura	Fecha de emisión	Fecha de recepción	Valor total de la factura	Estado
------------	-------------------	------------------	--------------------	---------------------------	--------

8 [Modificaciones del Contrato](#)
No existen resultados que cumplan con los criterios de búsqueda especificados
9 [Incumplimientos](#)

Documentos de ejecución del contrato

	Descripción	Nombre del archivo	Cargado por		
<input type="checkbox"/>	PS 5460 2025 CUENTA DE COBRO MES MAY 2025.pdf	PS 5460 2025 CUENTA DE COBRO MES MAY 2025.pdf	Comprador	Descargar	Detalle
<input type="checkbox"/>	PS 5460 2025 CUENTA DECOBRO MES JUNIO 2025.pdf	PS 5460 2025 CUENTA DECOBRO MES JUNIO 2025.pdf	Comprador	Descargar	Detalle
<input type="checkbox"/>	NC SUSPENSION DE CONTRATOS SED.pdf	NC SUSPENSION DE CONTRATOS SED.pdf	Comprador	Descargar	Detalle
<input type="checkbox"/>	PS 5460 2025 MODIF No. 1.pdf	PS 5460 2025 MODIF No. 1.pdf	Comprador	Descargar	Detalle
<input type="checkbox"/>	PS 5460 2025 CUENTA DECOBRO MES JULIO 2025.pdf	PS 5460 2025 CUENTA DECOBRO MES JULIO 2025.pdf	Comprador	Descargar	Detalle
<input type="checkbox"/>	PS 5460 2025 CUENTA DECOBRO MES AGOSTO 2025.pdf	PS 5460 2025 CUENTA DECOBRO MES AGOSTO 2025.pdf	Comprador	Descargar	Detalle
<input type="checkbox"/>	1 PS 5460 2025 CRP-16420.pdf	1 PS 5460 2025 CRP-16420.pdf	Comprador	Descargar	Detalle
<input type="checkbox"/>	2 PS 5460 2025 CRP-17747.pdf	2 PS 5460 2025 CRP-17747.pdf	Comprador	Descargar	Detalle
<input type="checkbox"/>	PS 5460 2025 CUENTA DECOBRO MES SEPT 2025.pdf	PS 5460 2025 CUENTA DECOBRO MES SEPT 2025.pdf	Comprador	Descargar	Detalle

<

Evaluación de la Entidad Estatal

>