	SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E **APOYO – GESTION DE CONTRATACIÓN** **FORMATO INFORME DE EJECUCIÓN DE ACTIVIDADES DEL CONTRATO DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS Y DE APOYO A LA GESTIÓN**	**CÓDIGO: AP-IA-FT-077** **VERSIÓN: 2** **FECHA: 2024-09-16**

CELEBRADO ENTRE LA SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E Y					
YOLIMA ISABEL CANTILLO HERAZO					
NÚMERO DE DOCUMENTO DE IDENTIDAD:			22,712,206		
OBJETO DEL CONTRATO:	PRESTAR SERVICIOS COMO PROFESIONAL UNIVERSITARIO EN ENFERMERIA PARA DESARROLLAR ACTIVIDADES EN EL PLAN DE SALUD PUBLICA DE INTERVENCIONES COLECTIVAS DE LA SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E.				
CONTRATO DE PRESTACION DE SERVICIOS PROFESIONALES No.	PS 5076 2024		**FECHA INICIO CONTRATO**		26/09/2024
VALOR INICIAL DEL CONTRATO	$ 3,536,682	**PLAZO INICIAL DEL CONTRATO**	VEINTITRES (23) DIAS		
VALOR TOTAL DEL CONTRATO INCLUIDO ADICIONES:	$ 3,536,682		**VALOR DE HONORARIOS PERÍODO A CERTIFICAR:**		$ 2,306,523
N° DE INFORME:	2	**N° CRP:**	42682	**N° CDP:**	2713
PLAZO TOTAL DEL CONTRATO INCLUIDO PRORROGAS	2 MESES				
UNIDAD FUNCIONAL EJECUCIÓN DE ACTIVIDADES:	6BH CENTRO DE SALUD BELLO HORIZONTE				
NOMBRE DEL SUPERVISOR:	LUZ ADRIANA CASTAÑEDA MONTEALEGRE PROFESIONAL UNIVERSITARIO CÓDIGO 214 GRADO 27				

II. MODIFICACIONES CONTRACTUALES

N° DE MODIFICACIÓNES DEL CONTRATO:	0	**TIPO DE MODIFICACIÓN**	**ADICIONES**	0	**PRORROGAS**	0	
VALOR ADICIONADO		**CDP DE LA ADICIÓN:**		**CRP DE LA ADICIÓN:**		**TIEMPO PRORROGADO:**	
VALOR ADICIONADO		**CDP DE LA ADICIÓN:**		**CRP DE LA ADICIÓN:**		**TIEMPO PRORROGADO:**	
VALOR ADICIONADO		**CDP DE LA ADICIÓN:**		**CRP DE LA ADICIÓN:**		**TIEMPO PRORROGADO:**	
VALOR ADICIONADO		**CDP DE LA ADICIÓN:**		**CRP DE LA ADICIÓN:**		**TIEMPO PRORROGADO:**	
VALOR ADICIONADO		**CDP DE LA ADICIÓN:**		**CRP DE LA ADICIÓN:**		**TIEMPO PRORROGADO:**	
VALOR ADICIONADO		**CDP DE LA ADICIÓN:**		**CRP DE LA ADICIÓN:**		**TIEMPO PRORROGADO:**	
VALOR ADICIONADO		**CDP DE LA ADICIÓN:**		**CRP DE LA ADICIÓN:**		**TIEMPO PRORROGADO:**	
VALOR ADICIONADO		**CDP DE LA ADICIÓN:**		**CRP DE LA ADICIÓN:**		**TIEMPO PRORROGADO:**	
VALOR ADICIONADO		**CDP DE LA ADICIÓN:**		**CRP DE LA ADICIÓN:**		**TIEMPO PRORROGADO:**	
VALOR ADICIONADO		**CDP DE LA ADICIÓN:**		**CRP DE LA ADICIÓN:**		**TIEMPO PRORROGADO:**	
VALOR ADICIONADO		**CDP DE LA ADICIÓN:**		**CRP DE LA ADICIÓN:**		**TIEMPO PRORROGADO:**	
VALOR ADICIONADO		**CDP DE LA ADICIÓN:**		**CRP DE LA ADICIÓN:**		**TIEMPO PRORROGADO:**	
VALOR ADICIONADO		**CDP DE LA ADICIÓN:**		**CRP DE LA ADICIÓN:**		**TIEMPO PRORROGADO:**	
VALOR ADICIONADO		**CDP DE LA ADICIÓN:**		**CRP DE LA ADICIÓN:**		**TIEMPO PRORROGADO:**	
VALOR ADICIONADO		**CDP DE LA ADICIÓN:**		**CRP DE LA ADICIÓN:**		**TIEMPO PRORROGADO:**	
VALOR ADICIONADO		**CDP DE LA ADICIÓN:**		**CRP DE LA ADICIÓN:**		**TIEMPO PRORROGADO:**	
VALOR ADICIONADO		**CDP DE LA ADICIÓN:**		**CRP DE LA ADICIÓN:**		**TIEMPO PRORROGADO:**	
VALOR ADICIONADO		**CDP DE LA ADICIÓN:**		**CRP DE LA ADICIÓN:**		**TIEMPO PRORROGADO:**	
VALOR ADICIONADO		**CDP DE LA ADICIÓN:**		**CRP DE LA ADICIÓN:**		**TIEMPO PRORROGADO:**	
VALOR ADICIONADO		**CDP DE LA ADICIÓN:**		**CRP DE LA ADICIÓN:**		**TIEMPO PRORROGADO:**	

III. POLIZAS

¿PACTÓ POLIZAS EN SU CONTRATO?		**SI**		**NO**	X
N° DE PÓLIZA:	N/A		**NOMBRE DE LA ASEGURADORA:**		N/A
FECHA DE LA PÓLIZA	N/A		**FECHA DE APROBACIÓN:**		N/A

ÍTEM	**IV. 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	1. OBLIGACIÓN: Prestar sus servicios con calidad y oportunidad, para el desarrollo de las actividades del Plan de Intervenciones Colectivas en el Distrito Capital según convenio PSPIC vigente y suscrito entre el FDS y la Subred. 2. ACTIVIDADES DESARROLLADAS: Realizar actividades administrativas o de campo de apoyo a la gestión PAI de la localidad (1) 3. PRODUCTO (EVIDENCIA): Formato plan de acción de actividades.
2	1. OBLIGACIÓN: Presentar mensualmente el cronograma de actividades a desarrollar 2. ACTIVIDADES DESARROLLADAS: Realizar las acciones de planeación, organización del Programa Ampliado de Inmunización incluida la vacunación COVID-19 y otras que se incluyan en la modalidad extramural 3. PRODUCTO (EVIDENCIA): Formato plan de acción de actividades.
3	1. OBLIGACIÓN: Apoyar la prestación de servicios en el Plan de Intervenciones Colectivas, presentando la información y/o soportes que se solicite conforme a los anexos y lineamientos técnicos del convenio PSPIC vigente y suscrito entre el FDS y la Subred. 2. ACTIVIDADES DESARROLLADAS: Desarrollar las actividades establecidas por lineamiento para el perfil. (1) 3. PRODUCTO (EVIDENCIA): Archivo de documentacion requerida por lineamiento.
4	1. OBLIGACIÓN: Apoyar las actividades inherentes al objeto del contrato para el mejoramiento continuo de calidad y aquellas definidas dentro de los planes de mejoramiento de los diferentes estándares de habilitación y acreditación de servicios de salud. 2. ACTIVIDADES DESARROLLADAS: Realizar seguimiento a los planes de mejora instaurados por SDS al equipo extramural. (1) 3. PRODUCTO (EVIDENCIA): Formato de planes de mejora.
5	1. OBLIGACIÓN: Realizar apropiación conceptual desde su perfil con los anexos y lineamientos técnicos del convenio PSPIC vigente y suscrito entre el FDS y la Subred 2. ACTIVIDADES DESARROLLADAS: Leer y realizar apropiación conceptual según el Manual técnico Administrativo del PAI, las circulares y lineamientos vigentes del PAI. (2) 3. PRODUCTO (EVIDENCIA): Asistencia a reuniones de equipo y comité local.
6	1. OBLIGACIÓN: Desarrollar procesos de asistencia técnica desde los diferentes procesos del Plan de Intervenciones Colectivas conforme a su saber disciplinar y profesional, en función de los requerimientos de los entornos y procesos transversales 2. ACTIVIDADES DESARROLLADAS: Realizar asistencia técnica al talento humano vacunador y responsable de la vacunación del equipo extramural, en todos los componentes del PAI que incluye la adherencia a guías, evaluación de indicadores del programa incluyendo la vacunación contra COVID 19 y otras que ingresen al programa, según población contratada 3. PRODUCTO (EVIDENCIA): Formato de asistencia tecnica.
7	1. OBLIGACIÓN: Realizar revisión y responder por los formatos, documentos, bases o informes generados como resultado de las acciones o intervenciones realizadas en cumplimiento a los anexos y lineamientos técnicos del convenio PSPIC vigente y suscrito entre el FDS y la Subred 2. ACTIVIDADES DESARROLLADAS: Entrega de formatos establecidos en la caja de herramientas por parte de secretaria de salud y envio de informe mensual. (1) 3. PRODUCTO (EVIDENCIA): Formato de asistencia tecnica., envio Informe mensual.
8	1. OBLIGACIÓN: Participar y gestionar los acercamientos comunitarios e institucionales que se requieran, para el desarrollo de las acciones de cada Espacio y/o Proceso Transversal del PSPIC 2. ACTIVIDADES DESARROLLADAS: Realizar Asistencias tecnicas mensualmente.(1) 3. PRODUCTO (EVIDENCIA): Formato de asistencia tecnica.
9	1. OBLIGACIÓN: Activar y notificar los eventos de interés en salud pública detectados en cada una de sus intervenciones. 2. ACTIVIDADES DESARROLLADAS: Realizar seguimiento a EAPV a través de la visita al punto de vacunación (1) 3. PRODUCTO (EVIDENCIA): Acta visitas de EAPV notificadas por vigilancia al punto de vacunación y acta de reunión de la unidad de análisis convocados por vigilancia para clasificación del evento
10	1. OBLIGACIÓN: Participar en las asistencias técnicas convocadas por SDS de acuerdo a los procesos asignados y conforme a las actividades, metas y productos establecidos en los anexos y lineamientos técnicos del convenio PSPIC vigente y suscrito entre el FDS y la Subred 2. ACTIVIDADES DESARROLLADAS: Alistamiento y entrega de productos realizados durante el mes en SDS y auditorias. (1) 3. PRODUCTO (EVIDENCIA): Escaner de los productos y productos en fisico.
11	1. OBLIGACIÓN: Organizar el archivo de la documentación generada de acuerdo a la normatividad y tabla de retención documental. 2. ACTIVIDADES DESARROLLADAS: Archivo y scaner mensual de los productos elaborados. (1) 3. PRODUCTO (EVIDENCIA): Archivo fisico en unidad San Jose Obrero.
12	1. OBLIGACIÓN: Implementar de las tácticas extramurales necesarias para buscar la población pendiente por iniciar, continuar y completar esquemas de vacunación 2. ACTIVIDADES DESARROLLADAS: Realizar asistencia técnica al talento humano vacunador y responsable de la vacunación del equipo extramural, en todos los componentes del PAI que incluye la adherencia a guías, evaluación de indicadores del programa incluyendo la vacunación contra COVID 19 y otras que ingresen que ingresen al programa, según población contratada por EAPB 3. PRODUCTO (EVIDENCIA): Formato de asistencia tecnica.
13	1. OBLIGACIÓN: Gestionar la entrega de distribución de biológico y consolidación de informes mensuales de movimientos de biológicos del proceso de PAI 2. ACTIVIDADES DESARROLLADAS: Apoyo a la recepcion de informes correspondientes al mes anterior. (1) 3. PRODUCTO (EVIDENCIA): Acta de recepcion de informes.
14	1. OBLIGACIÓN: Realizar las demás obligaciones que se relacionen con el objeto del contrato y que sean requeridas por la supervisión Contenidas en el formato de necesidad de personal que hace parte integral del presente contrato. 2. ACTIVIDADES DESARROLLADAS: Cumplimiento de las demás obligaciones asignadas por el supervisor del contrato (1) 3. PRODUCTO (EVIDENCIA): Asistencia a reuniones de equipo.

V. INFORMACIÓN DE APORTES A SEGURIDAD SOCIAL

No. DE PLANILLA:	1067343463 - 1067543541	**OPERADOR:**	SIMPLE

CONCEPTO DEL PAGO	ENTIDAD	FECHA DE PAGO	VALOR PAGADO
SALUD:	SANITAS	10/16/2024 - 23/10/2024	$ 46,200
PENSIÓN:	PROTECCION	10/16/2024 - 23/10/2024	$ 59,100
RIESGOS LABORALES:	SURA	10/16/2024 - 23/10/2024	$ 9,000
OTRO			$ -
	TOTAL PAGADO		**$ 114,300**

VI. 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.

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

Yolima I. Cantillo.

NOMBRE Y FIRMA DEL CONTRATISTA: YOLIMA ISABEL CANTILLO HERAZO
CC: 22,712,206
CEL 3026022809 - 3226938230

SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E
APOYO – GESTION DE CONTRATACIÓN
FORMATO CUENTA DE COBRO CONTRATO DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS Y DE APOYO A LA GESTIÓN

CÓDIGO: AP-IA-FT-014
VERSIÓN: 6
FECHA: 2024-09-16

DATOS DEL CONTRATISTA			
FECHA DE DILIGENCIAMIENTO: 31/10/2024			
NOMBRES Y APELLIDOS:	YOLIMA ISABEL CANTILLO HERAZO	**CC:**	22,712,206
		RUT (NIT):	22712206-6
CORREO ELECTRÓNICO:	yolimacantillo16@gmail.com	**TELÉFONO:**	3026022809 - 3226938230
DIRECCIÓN DOMICILIO:	CLL 181 17B 47	**CIUDAD:**	PALMAR DE VARELA (ATLANTIC)
Manifiesto bajo la gravedad del juramento que, en la declaración de renta del año gravable 2024.			
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				
NOMBRE DEL BANCO (APLICA CUANDO EL BANCO NO SE ENCUENTRE EN LA LISTA DESPLEGABLE)		**TIPO DE CUENTA:**	AHORROS	**N° CUENTA:**	91258284548

NÚMERO DEL CONTRATO Y DATOS DE LA ÚLTIMA ADICIÓN (PERIODO OBJETO DE PAGO)						
N° DEL CONTRATO:	PS 5076 2024	**N° CDP:**	2713	**N°. RP:**	42682	PLAZO DEL CONTRATO INCLUIDAS PRORROGAS : 2 MESES
FECHA DE INICIO CONTRATO	26/09/2024	**FECHA DE TERMINACIÓN CONTRATO:**		15/10/2024		TOTAL DEL CONTRATO INCLUIDO ADICIONES: $ 3,536,682
PERIODO OBJETO DE COBRO:	DEL 1/10/2024 AL 15/10/2024					
VALOR A PAGAR CORRESPONDIENTE AL PERIODO OBJETO DE COBRO EN (LETRASY NUMEROS)	$ 2,306,523					
	DOS MILLONES TRESCIENTOS SEIS MIL QUINIENTOS VEINTITRÉS PESOS					

Yolima I. Cantillo

NOMBRE Y FIRMA DEL CONTRATISTA: YOLIMA ISABEL CANTILLO HERAZO
C.C: 22,712,206
CEL: 3026022809 - 3226938230

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 SUPERVISION CONTRATO DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS Y APOYO A LA GESTION**	**CÓDIGO: AP-IA-FT-078** **VERSIÓN: 2** **FECHA: 2024-09-16**

CELEBRADO ENTRE LA SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E Y	
NOMBRE DEL CONTRATISTA	YOLIMA ISABEL CANTILLO HERAZO
NÚMERO DOCUMENTO DE IDENTIDAD	22,712,206

I. INFORMACION GENERAL DEL CONTRATO DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS

OBJETO DEL CONTRATO:	PRESTAR SERVICIOS COMO PROFESIONAL UNIVERSITARIO EN ENFERMERIA PARA DESARROLLAR ACTIVIDADES EN EL PLAN DE SALUD PUBLICA DE INTERVENCIONES COLECTIVAS DE LA SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E.

CONTRATO DE PRESTACION DE SERVICIOS PROFESIONALES No.	PS 5076 2024		**FECHA INICIO CONTRATO**		26/09/2024
VALOR INICIAL DEL CONTRATO	$ 3,536,682				
VALOR TOTAL DEL CONTRATO INCLUIDO ADICIONES:	$ 3,536,682		**VALOR DE HONORARIOS PERÍODO A CERTIFICAR:**		$ 2,306,523
N° PAGO / N° DE INFORME:	2	**N° CRP INICIAL:**	42682	**N° CDP INICIAL DEL CONTRATO**	2713
PLAZO DEL CONTRATO INCLUYENDO PRORROGAS	2 MESES				
N° DE PLANILLA DE PAGO DE SEGURIDAD SOCIAL:	1067343463 - 1067543541		**OPERADOR:**	SIMPLE	
PROCESO EN DONDE SE EJECUTARON LAS ACTIVIDADES:	GSP PSPIC - GPAISP				
UNIDAD FUNCIONAL DE EJECUCIÓN DE ACTIVIDADES:	6BH CENTRO DE SALUD BELLO HORIZONTE				
NOMBRE DEL SUPERVISOR:	LUZ ADRIANA CASTAÑEDA MONTEALEGRE PROFESIONAL UNIVERSITARIO CÓDIGO 214 GRADO 27				

II. MODIFICACIONES CONTRACTUALES

N° DE MODIFICACIÓN:	0	**TIPO DE MODIFICACIÓN (ADICIÓN – PRÓRROGA):**				0	0
VALOR ADICIONADO		**CDP DE LA ADICIÓN:**		**RP DE LA ADICIÓN:**		**TIEMPO PRORROGADO:**	
VALOR ADICIONADO		**CDP DE LA ADICIÓN:**		**RP DE LA ADICIÓN:**		**TIEMPO PRORROGADO:**	
VALOR ADICIONADO		**CDP DE LA ADICIÓN:**		**RP DE LA ADICIÓN:**		**TIEMPO PRORROGADO:**	
VALOR ADICIONADO		**CDP DE LA ADICIÓN:**		**RP DE LA ADICIÓN:**		**TIEMPO PRORROGADO:**	
VALOR ADICIONADO		**CDP DE LA ADICIÓN:**		**RP DE LA ADICIÓN:**		**TIEMPO PRORROGADO:**	
VALOR ADICIONADO		**CDP DE LA ADICIÓN:**		**RP DE LA ADICIÓN:**		**TIEMPO PRORROGADO:**	
VALOR ADICIONADO		**CDP DE LA ADICIÓN:**		**RP DE LA ADICIÓN:**		**TIEMPO PRORROGADO:**	
VALOR ADICIONADO		**CDP DE LA ADICIÓN:**		**RP DE LA ADICIÓN:**		**TIEMPO PRORROGADO:**	
VALOR ADICIONADO		**CDP DE LA ADICIÓN:**		**RP DE LA ADICIÓN:**		**TIEMPO PRORROGADO:**	
VALOR ADICIONADO		**CDP DE LA ADICIÓN:**		**RP DE LA ADICIÓN:**		**TIEMPO PRORROGADO:**	
VALOR ADICIONADO		**CDP DE LA ADICIÓN:**		**RP DE LA ADICIÓN:**		**TIEMPO PRORROGADO:**	
VALOR ADICIONADO		**CDP DE LA ADICIÓN:**		**RP DE LA ADICIÓN:**		**TIEMPO PRORROGADO:**	
VALOR ADICIONADO		**CDP DE LA ADICIÓN:**		**RP DE LA ADICIÓN:**		**TIEMPO PRORROGADO:**	
VALOR ADICIONADO		**CDP DE LA ADICIÓN:**		**RP DE LA ADICIÓN:**		**TIEMPO PRORROGADO:**	
VALOR ADICIONADO		**CDP DE LA ADICIÓN:**		**RP DE LA ADICIÓN:**		**TIEMPO PRORROGADO:**	
VALOR ADICIONADO		**CDP DE LA ADICIÓN:**		**RP DE LA ADICIÓN:**		**TIEMPO PRORROGADO:**	
VALOR ADICIONADO		**CDP DE LA ADICIÓN:**		**RP DE LA ADICIÓN:**		**TIEMPO PRORROGADO:**	
VALOR ADICIONADO		**CDP DE LA ADICIÓN:**		**RP DE LA ADICIÓN:**		**TIEMPO PRORROGADO:**	

VALOR ADICIONADO		**CDP DE LA ADICIÓN:**		**RP DE LA ADICIÓN:**		**TIEMPO PRORROGADO:**	
VALOR ADICIONADO		**CDP DE LA ADICIÓN:**		**RP DE LA ADICIÓN:**		**TIEMPO PRORROGADO:**	
VALOR ADICIONADO		**CDP DE LA ADICIÓN:**		**RP DE LA ADICIÓN:**		**TIEMPO PRORROGADO:**	
VALOR ADICIONADO		**CDP DE LA ADICIÓN:**		**RP DE LA ADICIÓN:**		**TIEMPO PRORROGADO:**	

III. POLIZAS (SI APLICA)

N° DE PÓLIZA:	N/A	**NOMBRE DE LA ASEGURADORA:**	N/A
FECHA DE LA PÓLIZA	N/A	**ACTO ADMINISTRATIVO DE APROBACIÓN:**	N/A

IV. VERIFICACION DE ACTIVIDADES DESARROLLADAS

SE VERIFICA 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 1/10/2024 al 15/10/2024

FIRMA DE QUIEN CONVALIDA EL CUMPLIMIENTO DE LAS OBLIGACIONES PARA EL PRESENTE PERIODO DE PAGO:

NOMBRE Y FIRMA DEL SUPERVISOR:
LUZ ADRIANA CASTAÑEDA MONTEALEGRE
CARGO:
PROFESIONAL UNIVERSITARIO CÓDIGO 214 GRADO 27

Luz Pineda D.

NOMBRE Y FIRMA APOYO TECNICO DEL SUPERVISOR:
LUZ CONSUELO PINEDA DUEÑEZ.
PERFIL:
PROFESIONAL ESPECIALIZADO 3

PAGOSIMPLE | AUTOLIQUIDACION CONSOLIDADA

Fecha creación reporte: 2024-10-16, 03:44:38 PM **Tipo Planilla:** I: PLANILLA INDEPENDIENTES **Numéro Planilla:** 1067343463

Periodo Cotización: septiembre de 2024 **Periodo Servicio:** septiembre de 2024 **Referencia pago (PIN):** 8823816424

PAGADO 16/10/2024

I. DATOS DEL APORTANTE

Razón Social	YOLIMA ISABEL CANTILLO HERAZO		
Documento	CC22712206	**Dirección**	CL 181 #17 B - 47
Tipo de Empresa	INDEPENDIENTE	**Teléfono**	3226938230
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	VSP	COR	VST	SLN	IGE	LMA	VAC	AVP	VCT	IRP	Días AFP	Días EPS	Días ARP	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 22712206	YOLIMA ISABEL CANTILLO HERAZO	59	00	X																0	6	6	6	0	(230201) PROTECCION	$ 260.000	$ 41.600	(EPS005) EPS SANITAS	$ 260.000	$ 32.500	2,436	$ 260.000	$ 6.400	(NIN-CC) NINGUNA CCF	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 80.500

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
$ 260.000	$ 260.000	$ 260.000	$ 0	$ 41.600	$ 32.500	$ 6.400	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 80.500	$ 1.000	$ 81.500

Líneas de Servicio FonoSIMPLE: Bogotá 601 4446634 - Cali: 602 5540577 - Medellín: 604 5146669 - Bucaramanga: 607 6438000 - Cartagena: 605 6945444 - Pereira: 606 3402582 - Barranquilla: 605 3618850 - 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.

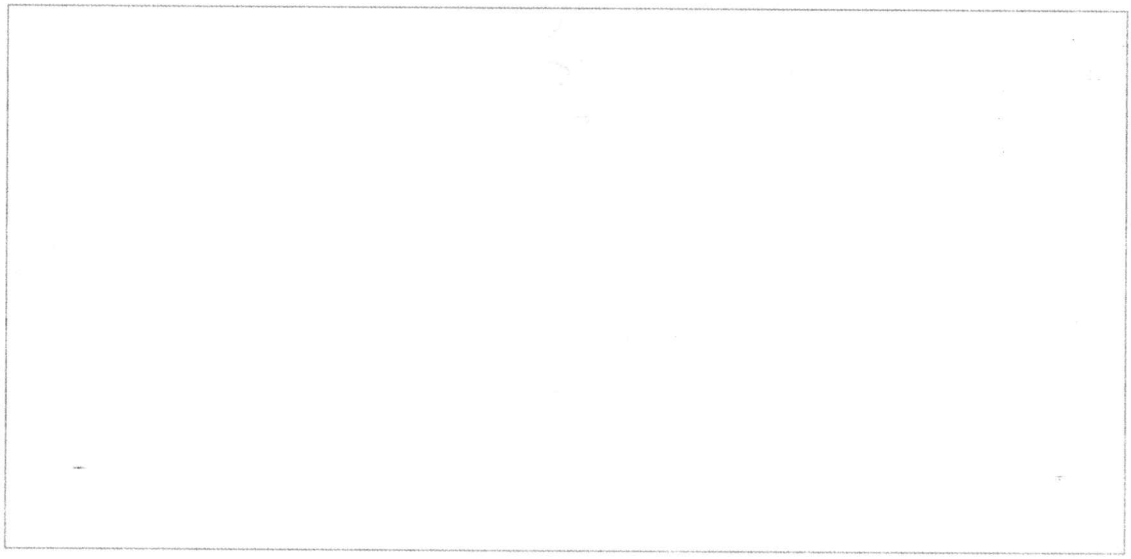
Outlook

Fwd: 💸 PSE Transacción Aprobada - CUS 985628573 ☑

Desde yolima isabel cantillo herazo <yolimacantillo16@gmail.com>
Fecha Lun 21/10/2024 12:25
Para Programas <programas@subredcentrooriente.gov.co>

---------- Forwarded message ---------
De: **yolima isabel cantillo herazo** <yolimacantillo16@gmail.com>
Date: lun, 21 de oct de 2024, 12:08 p. m.
Subject: Fwd: 💸 PSE Transacción Aprobada - CUS 985628573 ☑
To: yolima isabel cantillo herazo <yolimacantillo16@gmail.com>

---------- Forwarded message ---------
De: <serviciopse@achcolombia.com.co>
Date: mié, 16 de oct de 2024, 3:30 p. m.
Subject: 💸 PSE Transacción Aprobada - CUS 985628573 ☑
To: <yolimacantillo16@gmail.com>



¡Hola, Yolima Isabel Cantillo Herazo!

Gracias por utilizar los servicios de NEQUI y PSE. los siguientes son los datos de tu transacción:

Estado de la Transacción: **Aprobada**
CUS: 985628573
Empresa: SISTEMA INTEGRADO MULTIPLE DE PAGOS ELECTRONICOS S
Descripción: 22712206
Valor de la Transacción: $ 81.500
Fecha de Transacción: 16/10/2024

Simple

PAGOSIMPLE | AUTOLIQUIDACION CONSOLIDADA

Fecha creación reporte: 2024-10-24, 04:12:17 AM **Tipo Planilla:** N: PLANILLA CORRECCIONES **Numéro Planilla:** 1067543541

Nro Planilla Corregida: 1067343463 **Periodo Cotización:** septiembre de 2024 **Periodo Servicio:** septiembre de 2024 **Referencia pago (PIN):** 8823550388

PAGADO 23/10/2024 EN HORARIO EXTENDIDO

I. DATOS DEL APORTANTE

Razón Social	YOLIMA ISABEL CANTILLO HERAZO		
Documento	CC22712206	**Dirección**	CL 181 #17 B - 47
Tipo de Empresa	INDEPENDIENTE	**Teléfono**	3226938230
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	VSP	COR	VST	SLN	IGE	LMA	VAC	AVP	VCT	IRP	Días AFP	Días EPS	Días ARP	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 22712206	YOLIMA ISABEL CANTILLO HERAZO	59	00	X								A								0	6	6	6	0	(230201) PROTECCION	$ 260.000	$ 41.600	(EPS005) EPS SANITAS	$ 260.000	$ 32.500	2,436	$ 260.000	$ 6.400	(NIN-CC) NINGUNA CCF	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 80.500
CC 22712206	YOLIMA ISABEL CANTILLO HERAZO	59	00	X								C								0	6	6	6	0	(230201) PROTECCION	$ 369.046	$ 59.100	(EPS005) EPS SANITAS	$ 369.046	$ 46.200	2,436	$ 369.046	$ 9.000	(NIN-CC) NINGUNA CCF	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 114.300

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
$ 109.046	$ 109.046	$ 109.046	$ 0	$ 17.500	$ 13.700	$ 2.600	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 33.800	$ 700	$ 34.500

Líneas de Servicio FonoSIMPLE: Bogotá 601 4446634 - Cali: 602 5540577 - Medellín: 604 5146669 - Bucaramanga: 607 6438000 - Cartagena: 605 6945444 - Pereira: 606 3402582 - Barranquilla: 605 3618850 - 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.

Outlook

Fwd: PSE Transacción Aprobada - CUS 1000709997

Desde yolima isabel cantillo herazo <yolimacantillo16@gmail.com>
Fecha Mié 23/10/2024 17:07
Para Programas <programas@subredcentrooriente.gov.co>

---------- Forwarded message ---------
De: <serviciopse@achcolombia.com.co>
Date: mié, 23 de oct de 2024, 5:04 p. m.
Subject: PSE Transacción Aprobada - CUS 1000709997
To: <yolimacantillo16@gmail.com>



¡Hola, Yolima Isabel Cantillo Herazo!

Gracias por utilizar los servicios de NEQUI y PSE. los siguientes son los datos de tu transacción:

Estado de la Transacción: **Aprobada**
CUS: 1000709997
Empresa: SISTEMA INTEGRADO MULTIPLE DE PAGOS ELECTRONICOS S
Descripción: 22712206
Valor de la Transacción: $ 34.500
Fecha de Transacción: 23/10/2024



Ten en cuenta estos tips de seguridad

☐Digita siempre manualmente la dirección del portal de tu Banco para asegurar que no estas siendo redirigido a un sitio que suplanta a tu Entidad Financiera.

☐Utiliza dispositivos de uso personal o confiable para realizar tus pagos.

☐Procura cambiar tus contraseñas bancarias frencuentemente.