Secretaría de Salud 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 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						
SINDY YURANI VERANO CANTILLO						
NÚMERO DE DOCUMENTO DE IDENTIDAD:		1.024.465.362				
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 5279 2024		FECHA INICIO CONTRATO	23/10/2024		
VALOR INICIAL DEL CONTRATO	$ 3.289.499	PLAZO INICIAL DEL CONTRATO	UN (1) MES Y DIEZ (10) DIAS			
VALOR TOTAL DEL CONTRATO INCLUIDO ADICIONES:	$ 3.289.499		VALOR DE HONORARIOS PERÍODO A CERTIFICAR:	$ 2.460.374		
Nº DE INFORME:	2	Nº CRP:	44608	Nº CDP:	3662	
PLAZO TOTAL DEL CONTRATO INCLUIDO PRORROGAS	UN (1) MES Y DIEZ (10) DIAS					
UNIDAD FUNCIONAL EJECUCIÓN DE ACTIVIDADES:	SA2 SEDE ADMINISTRATIVA SAN JOSE OBRERO					
NOMBRE DEL SUPERVISOR:	LORENZA BECERRA CAMARGO - DIRECTOR TECNICO CODIGO 009 GRADO 05					

II. MODIFICACIONES CONTRACTUALES

Nº DE MODIFICACIONES DEL CONTRATO:	N/A	TIPO DE MODIFICACIÓN	ADICIÓNES	(NUMERO)	PRORROGAS	(NUMERO)
VALOR ADICIONADO	$ -	CDP DE LA ADICIÓN:		CRP DE LA ADICIÓN:		TIEMPO PRORROGADO:

III. POLIZAS

¿PACTÓ POLIZAS EN SU CONTRATO?	SI		NO	X
Nº DE PÓLIZA:		NOMBRE DE LA ASEGURADORA:		
FECHA DE LA PÓLIZA		FECHA DE APROBACIÓN:		

ITEM	IV. 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	01/11/2024 REUNION CAPACITACION BARRIO BOCHICA Y ENTREGA DE INSUMOS BIOMEDICOS EN SAN JOSE OBRERO
2	SE REALIZA ENTREGA DE CRONOGRAMA DEL MES DE NOVIEMBRE PROYECTADO A FIN DE MES Y SE ACTUALIZA DE MANERA DIARIA SEGÚN LAS ACTIVIDADES A DESARROLLAR
3	EN LA SEMANA DEL 5 AL 9 DE NOVIEMBRE SE REALIZA CARACTERIZACION Y ACATUALIZACION E IDENTIFICACION DE RIEZGO EN SALUD EN LA UPZ BARRIO PINARES PARA EL RESTO DEL MES SE REALIZA CARACTERIZACION Y ACTUALIZACION EN BARRIO PINARES LOCALIDAD SAN CRISTOBAL
4	SE ESTABLECE UNA META DE 82 CARACTERIZACIONES TENIENDO EN CUENTA QUE SE DEBE BRINDAR EDUCACION EN SIGNOS DE ALARMA EN MENOR DE 6 AÑOS Y GESTANTES, EDUCACION EN HABITOS DE VIDA SALUDABLE Y USO DE ELEMETOS DE PROTECCION PERSONAL
5	SE REALIZA ALISTAMIENTO Y ENTREGA DE CADA UNO DE LOS FORMATOS(PLANILLAS) DEL MES DE NOVIEMBRE EN LA LOCALIDAD SAN CRISTOBAL BARRIO PINARES

6	SE HACE ENTREGA DE LA CUENTA DE COBRO DEL MES DE NOVIEMBRE SEGÚN EL CRONOGRAMA DE ENTREGA DE LOS TECNICOS ADMINISTRATIVOS Y SE PARTICIPA E LAS REUNIONES DEL EQUIPO PROGRAMADAS POR LOS LIDERES
7	SE REALIZA LECTURA DE GUIA OPERATIVA DE EQUIPOS BASICOS EXSTRAMURALES Y TODOS SUS ANEXOS Y SE REALIZA ACTA MENUAL LA CUAL SE ESCANEA Y SE ENTREGA AL LIDER DE EQUIPO
8	AL MOMENTO DE IDENTIFICAR RIEZGOS EN SALUD ACTIVO Y NOTIFICO DE ACUERDO AL EVENTO EN INTERES COMO CIVIL, SISVECOS, SISVAN Y VESPA
9	SE INGRESAN TODOS LOS DATOS OBTENIDOS DURANTE LAS ACCIONES EN CAMPO CON CALIDAD Y OPORTUNIDAD EN EL APLICATIVO EN LINEA CON CALIDAD Y OPORTUNIDAD REQUERIDAS
10	SE REALIZA LA META CORRESPONDIENTE AL MES DE NOVIEMBRE CON LA CALIDAD DEL DATO Y LA APLICACIÓN DE TODOS LOS TAMIZAJES EXIGIDOS A LA POBLACIÓN INTERVENIDA DE ACUERDO AL CURSO DE VIDA Y LAS NECESIDADES IDENTIFICADAS

V. INFORMACIÓN DE APORTES A SEGURIDAD SOCIAL

No. DE PLANILLA:	1068098172	OPERADOR:	SIMPLE
CONCEPTO DEL PAGO	**ENTIDAD**	**FECHA DE PAGO**	**VALOR PAGADO**
SALUD:	SANITAS	15/11/2024	$ 43.400
PENSIÓN:	PORVENIR	15/11/2024	$ 55.500
RIESGOS LABORALES:	SURA	15/11/2024	$ 8.500
OTRO			$ -
TOTAL PAGADO			**$ 107.400**

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 consolidados 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, etc)
3- Que adjunto evidencia del cargue en el aplicativo scorp 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 uno de las obligaciones del contrato)

Anexar evidencias fotográficas y/o documentales que soporten las actividades realizadas en el periodo correspondiente

Yurani Verano Cantillo

SINDY YURANI VERANO CANTILLO
NOMBRE Y FIRMA DEL CONTRATISTA
CC: 1.024.465.362
CEL: 3219327768

Secretaría de Salud 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 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: 30/11/2024

NOMBRES Y APELLIDOS:	**SINDY YURANI VERANO CANTILLO**	**CC:**	1.024.465.362
		RUT (NIT):	
CORREO ELECTRÓNICO:	YURANIVERANO@GMAIL.COM	**TELÉFONO:**	3219327768
DIRECCIÓN DOMICILIO:	KR 19 D 66 81 SUR	**CIUDAD:**	BOGOTÁ

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.

Regimen 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**				
NOMBRE DEL BANCO (APLICA CUANDO EL BANCO NO SE ENCUENTRE EN LA LISTA DESPLEGABLE)		**TIPO DE CUENTA:**	**AHORROS**	**Nº CUENTA:**	004800418396

NÚMERO DEL CONTRATO Y DATOS DE LA ÚLTIMA ADICIÓN (PERIODO OBJETO DE PAGO)

Nº DEL CONTRATO:	PS 5279 2024	**Nº CDP:**	3662	**Nº. RP:**	44608	**PLAZO DEL CONTRATO INCLUIDAS PRORROGAS:** UN (1) MES Y DIEZ (10) DIAS
FECHA DE INICIO CONTRATO	23/10/2024	**FECHA DE TERMINACIÓN CONTRATO:**		30/11/2024		**VALOR TOTAL DEL CONRATO INCLUIDO ADICIONES :** $ 3.280.499
PERIODO OBJETO DE COBRO:	01/11/2024 AL 30/11/2024					
VALOR A PAGAR CORRESPONDIENTE AL PERIODO OBJETO DE COBRO EN (LETRAS Y NUMEROS)	$ 2.460.374					
	DOS MILLONES CUATROCIENTOS SESENTA MIL TRESCIENTOS SETENTA Y CUATRO PESOS M/CTE					

Yurani Verano Cantillo

NOMBRE: SINDY YURANI VERANO CANTILLO
CC 1.024.465.362
CEL 3219327768

	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-1A-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			SINDY YURANI VERANO CANTILLO		
NÚMERO DOCUMENTO DE IDENTIDAD			1.024.465.362		
I. INFORMACION GENERAL DEL CONTRATO DE PRESTACION DE SERVICIOS					
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 5279 2024		FECHA INICIO CONTRATO	23/10/2024	
VALOR INICIAL DEL CONTRATO	$ 3.280.499				
VALOR TOTAL DEL CONTRATO INCLUIDO ADICIONES:	$ 3.280.499		VALOR DE HONORARIOS PERÍODO A CERTIFICAR:	$ 2.460.374	
N° PAGO / N° DE INFORME:	2	N° CRP INICIAL:	44608	N° CDP INICIAL DEL CONTRATO	3662
PLAZO DEL CONTRATO INCLUYENDO PRORROGAS	UN (1) MES Y DIEZ (10) DIAS				
N° DE PLANILLA DE PAGO DE SEGURIDAD SOCIAL:	1068098172		OPERADOR:	SIMPLE	
PROCESO EN DONDE SE EJECUTARON LAS ACTIVIDADES:	CONVENIO MAS BIENESTAR - DIRECCIÓN DE GESTIÓN INTEGRAL DEL RIESGO EN SALUD				
UNIDAD FUNCIONAL DE EJECUCIÓN DE ACTIVIDADES:	SA2 SEDE ADMINISTRATIVA SAN JOSE OBRERO				
NOMBRE DEL SUPERVISOR:	LORENZA BECERRA CAMARGO - DIRECTOR TECNICO CODIGO 009 GRADO 05				
II. MODIFICACIONES CONTRACTUALES					
N° DE MODIFICACION:	N° ( )	TIPO DE MODIFICACIÓN (ADICION – PRORROGA):		ADICION ( )	PRORROGA ( )
VALOR ADICIONADO	$ -	CDP DE LA	RP DE LA	TIEMPO	(MESES O DIAS)
III. POLIZAS (SI APLICA)					
¿PACTÓ POLIZAS EN SU CONTRATO?	SI		NO	X	
N° DE POLIZA:		NOMBRE DE LA ASEGURADORA:			
FECHA DE LA POLIZA		ACTO ADMINISTRATIVO DE			

IV. 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 **cláusula "Forma de Pago, CERTIFICO** el cumplimiento de las obligaciones pactadas con el contratista, para el pago correspondiente al periodo del **01/11/2024 AL 30/11/2024**

FIRMA DE QUIEN CONVALIDA EL CUMPLIMIENTO DE LAS OBLIGACIONES PARA EL PRESENTE PERIODO DE PAGO:	NOMBRE Y FIRMA DEL SUPERVISOR: LORENZA BECERRA CAMARGO CARGO: DIRECTOR TECNICO CODIGO 009 GRADO 05 NOMBRE Y FIRMA APOYO TECNICO DEL SUPERVISOR: SANTIAGO SERRANO ROJAS PERFIL: PROFESIONAL ESPECIALIZADO, LIDER CONVENIO MAS BIENESTAR

PAGOSIMPLE | AUTOLIQUIDACION CONSOLIDADA

Fecha creación reporte: 2024-11-15, 12:57:52 PM **Tipo Planilla:** I: PLANILLA INDEPENDIENTES **Numéro Planilla:** 1068098172

Periodo Cotización: octubre de 2024 **Periodo Servicio:** octubre de 2024 **Referencia pago (PIN):** 8822627022

PAGADO 15/11/2024

S DEL APORTANTE

ocial	CINDY YURANI VERANO CANTILLO		
nto	CC1024465362	**Dirección**	CR 19D #66 - 81 SUR
Empresa	INDEPENDIENTE	**Teléfono**	3219327768
sona	NATURAL	**Forma Presentación**	ÚNICO
	BOGOTA D.C.	**Departamento**	BOGOTA D.C.
ntante Legal		**Identificación**	
liados	1	**ARP**	ARL SURA

LLE DEL APORTANTE

Datos del Afiliado			Novedades																			Pensiones			Salud			Riesgos			Cajas			Parafiscales					Total
Apellidos y Nombres	Tipo Cotizante	Subtipo Cotizante	ING	RET	RET P	TDE	TAE	TDP	TAP	VSP	COR	VST	SLN	ICE	LMA	VAC	AVP	VCT	IRP	Días APP	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
SINDY YURANI VERANO CANTILLO	59	00	X																0	6	6	6	0	(230301) PORVENIR	$ 346.667	$ 55.500	(EPS005) EPS SANITAS	$ 346.667	$ 43.400	2,436	$ 346.667	$ 8.500	(MN-CC) NINGUNA CCF	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 107.400

TALES

nsión	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
346.667	$ 346.667	$ 346.667	$ 0	$ 55.500	$ 43.400	$ 8.500	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 107.400	$ 0	$ 107.400

s 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.

← **Comprobante**

Movimiento hecho en:

Nequi

Número de referencia

M5265691

Pago realizado

Pago en

Sistema Integrado Multiple De Pagos

¿Cuánto?

$ 107.400,00

Fecha

15 de noviembre de 2024 a las 12:29 p. m.

¿Preguntas? Ve al menú Movimientos en la app Nequi y reporta un problema.

VIGILADO