

OK

 <div>Ministerio de Salud Subred Integrada de Servicios de Salud Centro Oriente E.S.E.</div>		SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E APOYO - GESTION DE CONTRATACION FORMATO INFORME DE EJECUCION DE ACTIVIDADES DEL CONTRATO DE PRESTACION DE SERVICIOS Y DE APOYO A LA GESTION		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					
JANNY TATIANA LARA GUAL					
NÚMERO DE DOCUMENTO DE IDENTIDAD:			52.741.632		
OBJETO DEL CONTRATO:		PRESTAR SERVICIOS TECNICOS COMO AUXILIAR DE ENFERMERIA PARA DESARROLLAR ACTIVIDADES EN LA DIRECCION DE SERVICIOS AMBULATORIOS DE LA SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E			
CONTRATO DE PRESTACION DE SERVICIOS PROFESIONALES No.		PS 5421 2024		FECHA INICIO CONTRATO	
VALOR INICIAL DEL CONTRATO		S 4.099.341		PLAZO INICIAL DEL CONTRATO	
VALOR TOTAL DEL CONTRATO INCLUIDO ADICIONES:		S 4.099.341		FECHA INICIO CONTRATO	
Nº DE INFORME:		Nº1		Nº CRP:	
PLAZO TOTAL DEL CONTRATO INCLUIDO PROROGAS		DOS (2) MESES Y CUATRO (4) DIAS		Nº CDP:	
UNIDAD FUNCIONAL EJECUCION DE ACTIVIDADES:		4EG HOSPITAL JORGE ELIECER GAITAN		Nº CDP:	
NOMBRE DEL SUPERVISOR:		GUILLERMO RUBIO GUIZA - DIRECTOR SERVICIOS AMBULATORIOS (E)		3680	
II. MODIFICACIONES CONTRACTUALES					
Nº DE MODIFICACIONES DEL CONTRATO:		TIPO DE MODIFICACION		PROROGAS	
VALOR ADICIONADO		CDP DE LA ADICION:		TIEMPO PRORROGADO:	
VALOR ADICIONADO		CDP DE LA ADICION:		TIEMPO PRORROGADO:	
VALOR ADICIONADO		CDP DE LA ADICION:		TIEMPO PRORROGADO:	
VALOR ADICIONADO		CDP DE LA ADICION:		TIEMPO PRORROGADO:	
VALOR ADICIONADO		CDP DE LA ADICION:		TIEMPO PRORROGADO:	
VALOR ADICIONADO		CDP DE LA ADICION:		TIEMPO PRORROGADO:	
III. POLIZAS					
¿PACTO POLIZAS EN SU CONTRATO?		SI		NO	
Nº DE PÓLIZA:		NOMBRE DE LA ASEGURADORA:		X	
FECHA DE LA PÓLIZA		FECHA DE APROBACIÓN:			
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 Se realizo seguimiento a usuarios y asi mismo se realizo llamada el día anterior para recordacion citas medicas de PyD					
2 Se realizo seguimiento a la poblacion en la subred a fin de garantizar su atencion integral.					
3 Se realizo seguimiento a la adherencia de los usuarios con evaluacion y llamadas telefonicas					
4 Se realiza diligenciamiento de base excel en donde se registra el seguimiento de llamadas a los usuarios					
5 Se elabora y valida Matriz y formatos de adiciones y prorrogas de contratacion de personal asistencial (OPS) de las diferentes unidades de la Subred Centro Oriente ESE y se					
6 Se diligencian bases de seguimiento a los usuarios de la subred					
7 Se realizan las demas actividades asignadas para dar cumplimiento al contrato					
8 Se realizan 159 horas en el mes de Noviembre 2024					
V. INFORMACIÓN DE APORTES A SEGURIDAD SOCIAL					
No. DE PLANILLA:		OPERADOR:			
CONCEPTO DEL PAGO		ENTIDAD		FECHA DE PAGO	
SALUD:				VALOR PAGADO	
PENSIÓN:					
RIESGOS LABORALES:					
OTRO					
TOTAL PAGADO				S 0	
VI. 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 ítem 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 scop 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 periodo correspondiente					
Tatiana Lara G.					
NOMBRE Y FIRMA DEL CONTRATISTA:					
CC: 52741632					
CEL: 3194162597					

Daniela Cortés
Lina Mavetu Rojas

 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	
DATOS DEL CONTRATISTA					
FECHA DE DILIGENCIAMIENTO: (30/11/2024)					
NOMBRES Y APELLIDOS:	JANNY TATIANA LARA GUAL		CC:	52741632	
CÓRREO ELECTRÓNICO:	tatianalara1020@hotmail.com		RUT (NIT):	N/A	
DIRECCIÓN DOMICILIO:	CALLE 49D BIS SUR 5N 27		TELÉFONO:	3194162597	
			CIUDAD:	BOGOTÁ D.C	
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:	BANCO AV VILLAS		TIPO DE CUENTA:	AHORROS	N° CUENTA:
NOMBRE DEL BANCO (APLICA CUANDO EL BANCO NO SE ENCUENTRE EN LA LISTA DESPLEGABLE)					003944332
NÚMERO DEL CONTRATO Y DATOS DE LA ÚLTIMA ADICIÓN (PERIODO OBJETO DE PAGO)					
N° DEL CONTRATO:	PS 5421 2024	N° CDP:	3680	N° RP:	44877
FECHA DE INICIO CONTRATO	28/10/2024	FECHA DE TERMINACIÓN CONTRATO:	31/12/2024		PLAZO DEL CONTRATO INCLUIDAS PRORROGAS : DOS (2) MESES Y CUATRO (4) DIAS
PERIODO OBJETO DE COBRO:	DEL 01/11/2024 AL 30/11/2024				
VALOR A PAGAR CORRESPONDIENTE AL PERIODO OBJETO DE COBRO EN (LETRAS Y NÚMEROS)	1.642.629				
	UN MILLÓN SEISCIENTOS CUARENTA Y DOS MIL SEISCIENTOS VEINTINUEVE Y UN PÉSO MCTE				
Tatiana Lara G. NOMBRE Y FIRMA DEL CONTRATISTA C.C 52741632 cel: 3194162597					

Daniela Cortés
 Lina Marcela Rojas

		SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E APOYO - GESTIÓN DE CONTRATACIÓN FORMATO INFORME DE SUPERVISIÓN CONTRATO DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS Y		CÓDIGO: AP-IA-FT-078 VERSIÓN: 2	
CELEBRADO ENTRE LA SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E Y					
NOMBRE DEL CONTRATISTA			JANNY TATIANA LARA GUAL		
NUMERO DOCUMENTO DE IDENTIDAD			52.741.632		
I. INFORMACIÓN GENERAL DEL CONTRATO DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS					
OBJETO DEL CONTRATO:	PRESTAR SERVICIOS TECNICOS COMO AUXILIAR DE ENFERMERIA PARA DESARROLLAR ACTIVIDADES EN LA DIRECCIÓN DE SERVICIOS AMBULATORIOS DE LA SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E				
CONTRATO DE PRESTACION DE SERVICIOS PROFESIONALES	PS 5421 2024	FECHA INICIO CONTRATO	28/10/2024		
VALOR INICIAL DEL CONTRATO	\$ 4.099.341				
VALOR TOTAL DEL CONTRATO INCLUIDO ADICIONES:	\$ 4.099.341	VALOR DE HONORARIOS PERÍODO A CERTIFICAR:	\$ 1.642.629		
Nº PAGO / Nº DE INFORME:	(1 de 1)	Nº CRP INICIAL:	44877	Nº CDP INICIAL DEL CONTRATO	3680
PLAZO DEL CONTRATO INCLUYENDO PRORROGAS	DOS (2) MESES Y CUATRO (4) DIAS				
Nº DE PLANILLA DE PAGO DE SEGURIDAD SOCIAL:			OPERADOR:		
PROCESO EN DONDE SE EJECUTARON LAS ACTIVIDADES:			GESTIÓN AMBULATORIA		
UNIDAD FUNCIONAL DE EJECUCIÓN DE ACTIVIDADES:			4EG HOSPITAL JORGE ELIECER GAITAN		
NOMBRE DEL SUPERVISOR:			GUILLERMO RUBIO GUIZA - DIRECTOR SERVICIOS AMBULATORIOS (E)		
II. MODIFICACIONES CONTRACTUALES					
Nº DE MODIFICACIÓN:	TIPO DE MODIFICACIÓN (ADICIÓN - PRÓRROGA):				
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)					
¿PACTÓ POLIZAS EN SU CONTRATO?	SI	NO	X		
Nº DE PÓLIZA:			NOMBRE DE LA ASEGURADORA:		
FECHA DE LA PÓLIZA:			ACTO ADMINISTRATIVO DE		
IV. VERIFICACIÓN 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 PERÍODO DE PAGO:		X. Guillermo Rubio Guiza Médico Cirujano General RM 14244000			
		NOMBRE Y FIRMA DEL SUPERVISOR: GUILLERMO RUBIO GUIZA CARGO: DIRECTOR SERVICIOS AMBULATORIOS (E)			
		NOMBRE Y FIRMA APOYO TECNICO DEL SUPERVISOR: EDISON SANCHEZ QUINTERO PERFIL: ENLACE - DIRECCION DE SERVICIOS AMBULATORIOS			

Daniela Cortés
Lina Marcela Rojas



Este es el certificado de tu
Cuenta de Ahorros - Cuenta Móvil No. 003944332

El Banco AV Villas certifica que: **Janny Tatiana Lara Gual**
identificada con el documento No. 52741632, tiene en la oficina BOGOTÁ PRINCIPAL (000) una Cuenta de
Ahorros - Cuenta Móvil No. 003944332 desde el 29 de septiembre de 2017.

Fecha de expedición: 13/11/2024

¿Tienes preguntas? Contáctanos en la Línea Audiovillas

Bogotá: 444 1777

Medellín: 325 6000

Barranquilla: 330 4330

Cali: 885 9595

Bucaramanga: 630 2980

Resto del país: 01 8000 51 8000

Medellín, 13 de noviembre de 2024

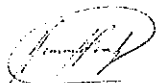
CERTIFICADO DE AFILIACIÓN – ARL SURA

La Administradora de Riesgos Laborales, SEGUROS DE VIDA SURAMERICANA S.A.NIT 890.903.790 - 5, certifica:

Que JANNY TATIANA LARA GUAL identificado(a) con C52741632 se encuentra afiliado(a) a Riesgos Laborales y está en estado activo.

Si desea validar que este certificado haya sido realmente emitido por ARL Sura y la información aquí contenida sea real, visite www.arlsura.com.co / validar certificados e ingrese el siguiente código único de generación válido por un mes: C527416322431865513

Atentamente,



Dirección de Afiliaciones y Recaudos

SUPERINTENDENCIA FINANCIERA
DE COLOMBIA

VIGILADO

Dirección IP 10.205.28.18

CERTIFICADO DE AFILIACIÓN AL POS DE EPS SANITAS

La **EPS SANITAS** en desarrollo de su programa especial para la garantía y prestación del Plan Obligatorio de Salud denominado **EPS SANITAS**,

CERTIFICA

Que Janny Tatiana Lara Gual, identificado(a) con CC número 52741632, está registrado(a) en el POS DE EPS SANITAS con la siguiente información:

TIPO Y NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN	CC 52741632
NOMBRES Y APELLIDOS	Janny Tatiana Lara Gual
TIPO DE AFILIADO	Titular
PARENTESCO	Titular
FECHA DE NACIMIENTO	03/11/1981
ESTADO DE LA AFILIACIÓN	0 Tiene Derecho A Cobertura Integral
CAUSA ESTADO DE AFILIACIÓN	10 - Cobertura Integral
FECHA DE INGRESO A EPS SANITAS	01/09/2023
FECHA DE RETIRO LABORAL / EPS SANITAS	Activo(a)
SEMANAS COTIZADAS EN EPS SANITAS	Sin semanas reportadas en EPS SANITAS
SEMANAS COTIZADAS EN OTRA EPS	Sin semanas reportadas en EPS SANITAS
SEMANAS COTIZADAS EN ÚLTIMO AÑO	Sin semanas reportadas en EPS SANITAS
RÉGIMEN	Contributivo
FECHA DE AFILIACIÓN AL RÉGIMEN	08/08/2024
NIVEL SISBEN	1
EMPLEADOR(ES)*	

CEDULA DE CIUDADANIA 52741632 Trabajador Independiente
Desde 03/10/2024 - Vigente CEDULA DE CIUDADANIA 52741632
JANNY TATIANA LARA GUAL Desde 17/06/2024 Hasta
31/07/2024 CEDULA DE CIUDADANIA 52741632 Trabajador
Independiente Desde 07/05/2024 Hasta 31/05/2024 CEDULA DE
CIUDADANIA 52741632 JANNY TATIANA LARA GUAL Desde
01/04/2024 Hasta 31/05/2024 CEDULA DE CIUDADANIA
52741632 JANNY TATIANA LARA GUAL Desde 01/09/2023
Hasta 31/03/2024



CERTIFICADO DE AFILIACIÓN AL POS DE EPS SANITAS

La **EPS SANITAS** en desarrollo de su programa especial para la garantía y prestación del Plan Obligatorio de Salud denominado **EPS SANITAS**,

CERTIFICA

Que Janny Tatiana Lara Gual, identificado(a) con CC número 52741632, está registrado(a) en el POS DE EPS SANITAS con la siguiente información:

LA ADMINISTRADORA COLOMBIANA DE PENSIONES - COLPENSIONES

CERTIFICA QUE

Verificada la base de datos de afiliados, el/la señor/a **JANNY TATIANA LARA GUAL** identificado/a con documento de identidad **Cédula de Ciudadanía** número **52741632**, se encuentra afiliado/a desde **01/11/2016** al Régimen de Prima Media con Prestación Definida (RPM) administrado por la Administradora Colombiana de Pensiones **COLPENSIONES**.

La presente certificación se expide en Bogotá, el día 13 de noviembre de 2024.



Rosa Mercedes Nino Amaya
Dirección de Afiliaciones

Nota: Certificado generado desde la página Web. Este documento no es válido para el reconocimiento de prestaciones económicas, está sujeto a verificación y no tiene costo alguno.