ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ D.C.	PROCESO	GESTIÓN CONTRACTUAL	CÓDIGO	A-GCO-FT-006
			VERSIÓN	16
	FORMATO	CERTIFICACIÓN DE SUPERVISIÓN E INTERVENTORÍA PARA PAGOS	PÁGINA	1 DE 1
			VIGENTE DESDE	07/12/2022

1. IDENTIFICACIÓN

CONTRATO DE:	PRESTACIÓN DE SERVICIOS					N°		20242863	
OBJETO CONTRACTUAL	PRESTAR LOS SERVICIOS PROFESIONALES CON AUTONOMIA,TECNICA, ADMINISTRATIVA Y FINANCIERA COMO ENFERMERO/A JEFE GENERAL EN EL DESARROLLO DE LAS ACTIVIDADES ADMINISTRATIVAS Y OPERATIVAS QUE ADELANTA EL COMPONENTE DE SALUD.								
CONTRATISTA	YEINIS CECILIA ARREGOCES MAESTRE					CÉDULA O NIT		1.118.806.734	
CONTRATISTA CESIONARIO						CÉDULA O NIT			
PLAZO DE EJECUCIÓN DEL CONTRATO	FECHA DE INICIO			FECHA DE TERMINACIÓN (tenga en cuenta prórrogas y suspensiones)			CÓDIGO ACTIVIDAD		
	DÍA	MES	AÑO	DÍA	MES	AÑO	RUT		RIT
	26	NOVIEMBRE	2024	25	ENERO	2025	8299		8299
RÉGIMEN CONTRATISTA Y/O PROVEEDOR	☑NO RESPONSABLE DE IVA ☐GRAN CONTRIBUYENTE			☐RESPONSABLE DE IVA ☐AUTORRETENEDOR			☐OTRO ☐N.A		

2. DATOS PARA EL PAGO

	CONTRATO				ADICIÓN (Si la hubiere)		ADICIÓN (Si la hubiere)	
VALOR TOTAL	$ 6.749.506							
IVA TOTAL INCLUIDO	$ 0							
REGISTRO PRESUPUESTAL	Número:	2024004549	Fecha:	21/11/2024	Número:		Número:	
					Fecha:		Fecha:	
RUBRO PRESUPUESTAL	O23011741020037							
CONCEPTO DEL RUBRO	*Prevención, Atención y Protección Integral a Niñez, Adolescencia y Juventud en forma de exclusión extrema asociados al fenómeno de habitabilidad en calle Bogotá D.C*							
VALOR DEL PAGO A AFECTAR	$ 562.459							

NÚMERO DEL PAGO	1	PERIODO DEL PAGO:	DEL 26 AL 30 DE NOVIEMBRE
VALOR CONTRATO EJECUTADO	$ 562.459	PAC PROGRAMADO PARA:	**DICIEMBRE**
SALDO DEL CONTRATO	$ 6.187.047	VALOR:	$ 562.459
FACTURAS No.	N/A		
SE ACOGE A LA DISMINUCIÓN BASE GRAV.	☐ SÍ ☑ NO ☐ ANEXA CERTIFICACIÓN	TIENE EMPLEADOS A CARGO ☐ SÍ ☐ ANEXA CERTIFICACIÓN ☑NO	
FORMA DE PAGO	El valor del presente contrato, se cancelará en periodos fijos, mensualidades vencidas, o proporcional al tiempo de servicio prestado en el mes, con corte al día 30 de cada mes; valor que se pagará dentro de los 10 días hábiles siguientes al corte del mes, los cuales serán contados a partir de la radicación en el área de contabilidad. El valor mensual es la suma de: TRES MILLONES TRECIENTOS SETENTA Y CUATRO MIL SETECIENTOS CINCUENTA Y TRES PESOS. MCTE ($3374753), la cual se hará efectiva previa presentación del informe de actividades del periodo correspondiente, certificación para pago, de supervisión e interventoría expedida por el supervisor del contrato y acreditación del pago de aporte al SGSS para el régimen contributivo.		

3. DISTRIBUCIÓN POR CONCEPTO DE GASTO

NÚMERO	DESCRIPCIÓN	PORCENTAJE	VALOR
PM/0214/0102/41020520037	Servicio de prevención, atención y protección integral de niñas, niños; adolescentes y jóvenes en situación de vida en calle o alta permanencia en calle	85,39%	$ 480.284
PM/0214/0106/41020450037	Servicio de prevención y atención integral a niñas, niños y adolescentes víctimas o en riesgo de explotación sexual comercial (escnna)	13,79%	$ 77.563
PM/0214/0107/41020380037	Servicio de prevención y atención sociolegal a niñas, niños y adolescentes en conflicto con la ley	0,82%	$ 4.612
TOTAL		**100,0%**	**$ 562.459**

4. DISTRIBUCION DEL GASTO

CENTRO DE COSTO	AUXILIAR	NOMBRE DEL AUXILIAR	VALOR
23077551	460209	SALUD	$ 562.459

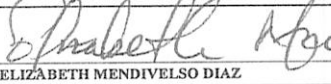
* EN CASO DE REQUERIR MÁS FILAS PARA RUBROS PRESUPUESTALES Y SU VALOR, AL IGUAL QUE DISTRIBUCIÓN POR CONCEPTO DE GASTO SE PUEDE AÑADIR TANTAS COMO SE NECESITE
** EN CASO DE REQUERIR MAS COLUMNAS PARA LA SECCIÓN DE ADICCIONES, SE PUEDEN AÑADIR TANTAS COMO SE NECESITEN ; DIVIENDO LA COLUMNA "ADICIÓN" LAS VECES QUE SEAN NECESARIAS

5. DETALLE DE PAGO SEGURIDAD SOCIAL Y OTROS PARA DISMINUCIÓN DE BASE GRAVABLE (APLICA SOLO A CONTRATISTAS)

PENSIÓN		SALUD		ARL	DEPENDIENTE	OTROS	
ENTIDAD	VALOR	ENTIDAD	VALOR	POSITIVA		NOMBRE	VALOR
PORVENIR	$ 0	**COMPENSAR**	$ 0	$ 0	SI:__ NO:X	-	-

Certifico que el contratista en mención, cumplio a cabalidad con el objeto del contrato en los términos pactados con el idipron para el periodo relacionado, en el que se verificó que el contratista se encuentra al día en los pagos de Aportes al Sistema de Seguridad Social y/o Parafiscales. El informe y los documentos soportes se radicarán en la Gerencia de Contratación quien será la responsable de su custodia. Cómo supervisor (a) verificaré ell cumplimiento total de las actividades a realizar en el mes de Diciembre. En consecuencia se puede tramitar el pago correspondiente.

Expedido en Bogotá D.C , el día 26 del mes de DICIEMBRE del año 2024

SUPERVISOR Y/O INTERVENTOR DE CONTRATO		APOYO A LA SUPERVISIÓN DE CONTRATO (en caso de aplicar)	
FIRMA		FIRMA	
NOMBRE: ELIZABETH MENDIVELSO DIAZ		NOMBRE:	
CC: 63.477.220	TELF: 3779997 Ext 3016	CC:	TELF:
CARGO: PROFESIONAL UNIVERSITARIO CODIGO 219 GRADO 05		CARGO:	

compensar | salud eps

EL PROGRAMA DE EPS DE LA CAJA DE COMPENSACIÓN FAMILIAR COMPENSAR
NIT 860.066.942-7

CERTIFICA QUE

Que el(la) señor(a) YEINIS CECILIA ARREGOCES MAESTRE identificado(a) con Cedula Ciudadania 1118806734, se encuentra Activo en el Plan de Beneficios de Salud PBS, de la EPS Compensar como cotizante Independiente según información contenida a la fecha en nuestra base de datos.

Fecha Afiliación	Fecha Retiro
20220130	No Registrada

El presente certificado se expide a solicitud del (la) interesado(a), a los 13 días del mes de Diciembre de 2.024

Observaciones:

Con destino a:
IDIPRON

Información sujeta a verificación por parte de COMPENSAR EPS, cualquier aclaración con gusto será atendida en la línea (601) 4441234 - Documento no válido como autorización de traslado ni aclaración de multiafiliación en el SGSSS..

Cordialmente,
COMPENSAR EPS.

Elaboró: PORTAL CORPORATIVO
27062373

CER-AFI

VIGILADO Supersalud
VIGILADO SuperSubsidio

DIAN

Formulario del Registro Único Tributario

001

2. Concepto 0 2 Actualización

4. Número de formulario 141138122722

(415)7707212489984(8020) 000014113812272 2

5. Número de Identificación Tributaria (NIT)	6. DV	12. Dirección seccional	14. Buzón electrónico
1 1 1 8 8 0 6 7 3 4	7	Impuestos de Bogotá 3 2	

IDENTIFICACIÓN

24. Tipo de contribuyente	25. Tipo de documento	26. Número de Identificación	27. Fecha expedición
Persona natural o sucesión ilíquida 2	Cédula de Ciudadanía 1 3	1 1 1 8 8 0 6 7 3 4	

Lugar de expedición	28. País	29. Departamento	30. Ciudad/Municipio
COLOMBIA	1 6 9	La Guajira 4 4	Riohacha 0 0 1

31. Primer apellido	32. Segundo apellido	33. Primer nombre	34. Otros nombres
ARREGOCES	MAESTRE	YEINIS	CECILIA

35. Razón social

36. Nombre comercial

37. Sigla

UBICACIÓN

38. País	39. Departamento	40. Ciudad/Municipio
COLOMBIA 1 6 9	Bogotá D.C. 1 1	Bogotá, D.C. 0 0 1

41. Dirección principal: CL 58 A SUR 49 A 09

42. Correo electrónico: territorio.6@hotmail.com

43. Código postal	44. Teléfono 1	45. Teléfono 2
	3 1 1 6 2 7 6 8 4 6	3 1 4 5 7 5 5 6 0 7

CLASIFICACIÓN

Actividad económica

Actividad principal		Actividad secundaria		Otras actividades			Ocupación	
46. Código	47. Fecha inicio actividad	48. Código	49. Fecha inicio actividad	50. Código	1	2	51. Código	52. Número establecimientos
8 2 9 9	2 0 2 4 0 8 0 6	8 6 9 9	2 0 0 9 0 2 0 3				3 2 2 9	

Responsabilidades, Calidades y Atributos

53. Código: 5 4 9

05- Impto. renta y compl. régimen ordinar

49 - No responsable de IVA

Usuarios aduaneros

54. Código

Exportadores

55. Forma	56. Tipo	Servicio	1	2	3
		57. Modo			
		58. CPC			

IMPORTANTE: Sin perjuicio de las actualizaciones a que haya lugar, la inscripción en el Registro Único Tributario -RUT-, tendrá vigencia indefinida y en consecuencia no se exigirá su renovación

Para uso exclusivo de la DIAN

59. Anexos SI [ ] NO [X] 60. No. de Folios: 0 61. Fecha 2024 - 10 - 18 / 15 : 19: 58

La información suministrada a través del formulario oficial de inscripción, actualización, suspensión y cancelación del Registro Único Tributario (RUT), deberá ser exacta y veraz; en caso de constatar inexactitud en alguno de los datos suministrados se adelantarán los procedimientos administrativos sancionatorios o de suspensión, según el caso, Parágrafo del artículo 1.6.1.2.6 del Decreto 1625 del 2016. De igual manera al formalizar el trámite el usuario fue informado y acepta la política de tratamiento de datos ley 1581 de 2012.

Firma del solicitante:

Sin perjuicio de las verificaciones que la DIAN realice.

Firma autorizada:

984. Nombre ARREGOCES MAESTRE YEINIS CECILIA

985. Cargo CONTRIBUYENTE

Fecha generación documento PDF: 18-10-2024 03:20:16PM

CERTIFICADO DOCUMENTO SIN COSTO

porvenir
sólo hay uno

SOCIEDAD ADMINISTRADORA DE FONDOS DE PENSIONES Y CESANTÍAS PORVENIR S.A.

En su condición de administradora del

FONDO DE PENSIONES OBLIGATORIAS PORVENIR

NIT 800.224.808-8

CERTIFICA QUE:

YEINIS CECILIA ARREGOCES MAESTRE, identificado(a) con cédula de ciudadanía **1.118.806.734**, se encuentra afiliado(a) al **Fondo de Pensiones Obligatorias Porvenir**.

La presente certificación se expide el 18 de Octubre del 2024.

Cordialmente,

Gerencia de Clientes

Tenga en cuenta:

Es importante que sea constante en realizar los aportes obligatorios para su pensión, así lograría recibir el ingreso que desea cuando obtenga su beneficio pensional.

ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ D.C.
HACIENDA
Secretaría de Hacienda

DIRECCIÓN DE IMPUESTOS DE BOGOTÁ
REGISTRO DE INFORMACIÓN TRIBUTARIA - RIT

INFORMACIÓN BÁSICA DEL CONTRIBUYENTE

Fecha:19/10/2024

CONTRIBUYENTE	C.C. 1118806734	YEINIS CECILIA ARREGOCES MAESTRE

INFORMACIÓN BÁSICA

Dirección: CL 66 A SUR 66 81 TO 3 APTO 109 Teléfonos: 3145755607

Dirección electrónica: territorio.6@hotmail.com Ciudad: BOGOTÁ DC Municipio: BOGOTÁ, D.C.

Fecha de Inscripción: 28/02/2018 Soporte Inscripción: -

PERFIL TRIBUTARIO

Naturaleza Jurídica: PERSONA NATURAL Régimen tributario: PREFERENCIAL ICA Fecha desde: NO

Matrícula Mercantil:NO Fecha inicio de Actividades: 03/10/2014 Fecha de cese de Actividades: NO No. Establecimientos: 0

Actividad 1: 8299 - Otras actividades de servicio de apoyo a las empresas n.c.p.

Actividad 2: 86991 - Otras actividades de atención de la salud humana (excepto entidades e instituciones promotoras y prestadoras de servicios de salud, de naturaleza pública y privada, que componen el Sistema General de Seguridad Social en Salud.)

Actividad 3:

Actividad 4:

Actividad 5:

ESTABLECIMIENTOS ACTIVOS

REPRESENTANTES ACTIVOS

Señor Contribuyente: Esta es la información suministrada por usted y registrada en la Secretaria de Hacienda Distrital.

Kr 30 25 90 Dirección Distrital de Impuestos Bogota D.C. Colombia

Fuente: RIT-SHD

Version 2.02

CONTRATO No. 2863 – 2024
INFORME No. 1
PERIODO COMPRENDIDO ENTRE EL 26 DE NOVIEMBRE -Y EL 30 DE NOVIEMBRE DEL 2024

NOMBRE DEL CONTRATISTA YEINIS CECILIA ARREGOCES MAESTRE
SUPERVISOR DEL CONTRATO: ELIZABETH MENDIVELSO DIAZ
PROFESIONAL UNIVERSITARIO CÓDIGO 219, GRADO 05

DESCRIPCIÓN DE ACTIVIDADES DESARROLLADAS EN CUMPLIMIENTO DEL OBJETO CONTRATUAL			
No.	**OBLIGACIONES CONTRACTUALES**	**ACTIVIDADES REALIZADAS Y/O PRODUCTOS ENTREGADOS**	**SOPORTES (Describa las evidencias de las actividades realizadas y sitio de conservación de la información)**
1	Seguimiento, direccionamiento, evaluación y mejoramiento de las actividades desarrolladas por el equipo de auxiliares de enfermería.	Se realizan visitas a las unidades, donde verificamos las acciones del personal auxiliar encargado de la unidad, revisando el cumplimiento de las obligaciones de los contratos.	1. PDF. Actas de visitas
2	Proyectar y brindar insumos en la elaboración y presentación oportuna de los informes que le sean solicitados por el componente de salud.	Por este mes no se apoyó esta actividad por los tiempos.	No se cuenta con evidencia
3	Participar en los comités, mesas internas y externas y reuniones que se le deleguen por el componente de salud que le sean asignados.	Por este mes no se apoyó esta actividad por los tiempos.	No se cuenta con evidencia
4	Apoyar en el proceso de habilitación, formatos, capacitaciones al personal de salud y utilización de las instalaciones o espacios de atención primaria, acorde a los lineamientos establecidos por la institución.	Por este mes no se apoyó esta actividad por los tiempos.	No se cuenta con evidencia
5	Participar en los procesos internos y externos en el cual hace presencia el instituto en el desarrollo de las actividades que se requieren en la promoción y detención temprana de la enfermedad, motivando al equipo de trabajo y NNAJ	No fue necesario durante este mes el desarrollo de esta actividad.	No se cuenta con evidencia
6	Prestar servicios profesionales como Enfermero(a) de acuerdo con la programación del componente de salud.	Se asistió a una revisión y se participó en el proceso de inducción.	No se cuenta con evidencia
7	Apoyar en el seguimiento de la recepción y control del inventario de los equipos, elementos y bienes devolutivos, de consumo, consumo controlado, necesarios para el desarrollo de las actividades que se realizan en las Unidades de Protección Integral.	Se realizo en el desarrollo de la visita de acompañamiento en inducción al cargo.	7. PDF Asistencia a proceso de inducción.
8	Apoyar con el registro oportuno de la información. y verificación del registro oportuno en el Sistema de Información Misional- SIMI.	En el mes no fue necesario este proceso.	No se cuenta con evidencia
9	Apoyar la recepción, organización y custodia del archivo misional y documental a su cargo, acorde al procedimiento institucional.	En el mes no fue necesario este proceso.	No se cuenta con evidencia
10	Apoyar en la supervisión de los contratos que le sean asignados por el supervisor."	Por este mes no se apoyó esta actividad por los tiempos.	No se cuenta con evidencia

*** Incluir todas las filas que se requieran**

Nota: El supervisor del contrato entiende que con la Aceptación del presente formato resulta improcedente aplicar el incumplimiento que trata el artículo 86 de la ley 1474 de 2011 y demás que le modifiquen, en relación con las actividades aquí detalladas.

CERTIFICACIÓN DE CUMPLIMIENTO

El Interventor o Supervisor hace constar que las obligaciones se cumplieron conforme a lo estipulado en el contrato, y que se adoptaron las observaciones y recomendaciones realizadas. Así mismo certifico que el contratista cumplió con los requisitos de Ley referentes a los aportes a seguridad social, a las entidades a las que está obligado a aportar. Se anexan Comprobantes de pago.

APORTES	Valor Cotizado	Periodo cotizado
SALUD	$00	Noviembre
PENSIÓN	$00	Noviembre
ARP	$00	Noviembre

FECHA DE PRESENTACIÓN DEL INFORME:2 de Diciembre del 2024

FIRMA	Yeinis Arregoces
Supervisor ELIZABETH MENDIVELSO DIAZ PROFESIONAL UNIVERSITARIO CÓDIGO 219, GRADO 05	**YEINIS CECILIA ARREGOCES MAESTRE CC. No 1118806734**

Nombre apoyo a la Supervisión: N/A
Cargo: N/A
Vo Bo Apoyo a la supervisión N/A

VoBo Líder Salud:
Anexo:
*Certificación e información para pago expedida por el Supervisor.
*Certificación Pagos Seguridad Social
*Certificación de descuento.

NOTA:

ESTE FORMATO CONTIENE LA INFORMACIÓN MÍNIMA REQUERIDA PARA CADA UNO DE LOS PROCEDIMIENTOS O TRÁMITES PARA LOS CUALES SE HA ESTABLECIDO, NO SE PUEDE ELIMINAR NI PARCIAL NI TOTALMENTE LA INFORMACIÓN AQUÍ CONTENIDA; SÍ ALGÚN ESPACIO NO APLICA ESCRIBIR QUE N/A; AL DILIGENCIAR LAS CASILLAS NO DEBEN QUEDAR ESPACIOS EN BLANCO. EL ESPACIO DE LAS FIRMAS HACE PARTE INTEGRAL DEL FORMATO, RAZÓN POR LA CUAL NO DEBE QUEDAR EN UNA HOJA SEPARADA. LOS ESPACIOS MARCADOS CON GRIS DEBEN SER DILIGENCIADOS Y REMPLAZADOS EN TODO EL DOCUMENTO.