

14	Hago parte de la implementación de los lineamientos de EN Territorio y de la Subred Centro Oriente para ampliar la cobertura, entre ellos y ampliar la información de prevención con los nuevos servicios dentro de la estrategia, la Profilaxis PrEP-exposición y el auto test con las poblaciones priorizadas del convenio.
15	Se diligencian formatos bajo direccionamiento de ENTerritorio preservando la calidad del dato. En reunion de equipo se retroalimentan las directrices sobre el tema y s eponene en práctica en campo. Se realiza entrega los días pautados por la coordinación del proyecto.
16	He cumplido de manera efectiva con los lineamientos para el manejo, control y seguimiento de insumos. Cada semana se hace balance con la auxiliar administrativa para recibir ma sinsumos y a final de mes para cerrar el proceso de bodega.
17	Siempre uso la indumentaria entregada y reglamentada por el convenio.
18	Custodio y soy responsable de los formatos de manera integra para el continuo desarrollo del programa. Estos se entregan los días lunes y jueves directamente a la auxiliar de monitorco.
19	He intervenido en zonas de alto grado de vulnerabilidad en los territorios de la Subred Centro Oriente, alcanzando a la población de difícil contacto en su comunidad utilizando las redes de apoyo.
20	Se informan a las personas que participan del programa que se acerquen para una segunda intervencion de este programa.
21	Cumplí de manera efectiva esta disposición, preservando la calidad del dato con la entrega de insumos respectiva.

V. INFORMACIÓN DE APORTES A SEGURIDAD SOCIAL

No. DE PLANILLA:	83382519	OPERADOR:	MI PLANILLA
CONCEPTO DEL PAGO	ENTIDAD	FECHA DE PAGO	VALOR PAGADO
SALUD:	SANITAS	15/01/2025	\$ 163.200
PENSIÓN:	PORVENIR	15/01/2025	\$ 208.800
RIESGOS LABORALES:	SURA	15/01/2025	\$ 31.900
OTRO	-		
TOTAL PAGADO			\$ 403.900

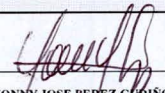
VI. DECLARACIONES DEL CONTRATISTA




- 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 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 cps, 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


 YONNY JOSE PEREZ GUDINO
 CC: 700.352.649
 CEL: 3028286186

		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			YONNY JOSE PEREZ GUDIÑO		
NÚMERO DOCUMENTO DE IDENTIDAD			700.352.649		
I. INFORMACION GENERAL DEL CONTRATO DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS					
OBJETO DEL CONTRATO:		PRESTAR SERVICIOS COMO BACHILLER AGENTE COMUNITARIO 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 2230116/2023 ENTERRITORIO.			
CONTRATO DE PRESTACION DE SERVICIOS PROFESIONALES No.		PS 5679 2024		FECHA INICIO CONTRATO	
VALOR INICIAL DEL CONTRATO		\$		2.222.946,00	
VALOR TOTAL DEL CONTRATO INCLUIDO ADICIONES:		\$		4.223.597,00	
VALOR DE HONORARIOS PERÍODO A CERTIFICAR:		\$		2.000.651,00	
Nº PAGO / Nº DE INFORME:		3 DE 3		Nº CRP INICIAL:	
PLAZO DEL CONTRATO INCLUYENDO PRORROGAS		DOS (2) MESES Y CUATRO (4) DIAS		Nº CDP INICIAL DEL CONTRATO	
Nº DE PLANILLA DE PAGO DE SEGURIDAD SOCIAL:		83382519		MÍ PLANILLA	
PROCESO EN DONDE SE EJECUTARON LAS ACTIVIDADES:		CONVENIO ENTERRITORIO DIRECCIÓN GESTIÓN DEL RIESGO			
UNIDAD FUNCIONAL DE EJECUCIÓN DE ACTIVIDADES:		4SM CENTRO DE SALUD SAMPER MENDOZA			
NOMBRE DEL SUPERVISOR:		LORENZA BECERRA CAMARGO DIRECTOR TÉCNICO CÓDIGO 009 GRADO 05			
II. MODIFICACIONES CONTRACTUALES					
Nº DE MODIFICACIÓN:		TIPO DE MODIFICACIÓN (ADICIÓN – PRÓRROGA):		ADICION (1)	
VALOR ADICIONADO		CDP DE LA ADICIÓN:		PRORROGA (1)	
VALOR ADICIONADO		RP DE LA ADICIÓN:		TIEMPO PRORROGADO:	
VALOR ADICIONADO		CDP DE LA ADICIÓN:		TIEMPO PRORROGADO:	
VALOR ADICIONADO		RP DE LA ADICIÓN:		TIEMPO PRORROGADO:	
VALOR ADICIONADO		CDP DE LA ADICIÓN:		TIEMPO PRORROGADO:	
VALOR ADICIONADO		RP DE LA ADICIÓN:		TIEMPO PRORROGADO:	
VALOR ADICIONADO		CDP DE LA ADICIÓN:		TIEMPO PRORROGADO:	
VALOR ADICIONADO		RP DE LA ADICIÓN:		TIEMPO PRORROGADO:	
III. POLIZAS (SI APLICA)					
¿FACTÓ POLIZAS EN SU CONTRATO?		SI		NO	
Nº DE PÓLIZA:		NOMBRE DE LA ASEGURADORA:		X	
FECHA DE LA PÓLIZA		ACTO ADMINISTRATIVO DE APROBACIÓN:		DD/MM/AAAA	
IV. VERIFICACION DE ACTIVIDADES DESARROLLADAS					
<u>SE VERIFICA QUE QUE HA CUMPLIDO CON LAS ACTIVIDADES ASIGNADAS DURANTE EL MES O PERIODO LABORADO Y SE APRUEBA PARA EL PAGO RESPECTIVO.</u>					
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 (01/1/2025) AL (31/1/2025).					
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 TÉCNICO CÓDIGO 009 GRADO 05			
					
		NOMBRE Y FIRMA APOYO TECNICO DEL SUPERVISOR: JOHN MARIO GAMA GONZÁLEZ PERFIL: COORDINADOR CONVENIO 2230116/2023			

DATOS DEL APORTANTE						
TIPO	NÚMERO	NOMBRE APORTANTE		DIRECCIÓN	TELÉFONO	CORREO
PT	6409122	YONNY JOSE PEREZ GUDINO		calle 45a #27-53	3028286186	yonn4293@gmail.com
FORMA PRESENTACIÓN	CLASE APORTANTE	NOMBRE SUCURSAL	CÓDIGO	DEPARTAMENTO	CIUDAD / MUNICIPIO	
UNICA	I - Independiente			BOGOTÁ D. C.	BOGOTÁ D.C.	

DATOS DE LA PLANILLA						
PLANILLA ASOCIADA	FECHA PAGO ASOCIADA (DIA/MES/AÑO)	TIPO PLANILLA	FECHA PAGO (DIA/MES/AÑO)	NÚMERO PLANILLA	CANTIDAD	
					EMPLEADOS	UPC
					1	0
PERIODO SALUD	PERIODO PENSIONES				TOTAL A PAGAR	
2024-12	2024-12	I	15/01/2025	83382519	\$403.900	

TOTALES POR SUBSISTEMAS

TOTALES SALUD													
Código EPS	Nombre	NIT	Cotización Obligatoria	UPC Adicional	Incapacidades		Licencia Maternidad		Días Mora	Valor Mora Cotización	Valor Mora UPC	Total a Pagar	No. Afiliados
					No. Autorización	Valor	No. Autorización	Valor					
EPS005	Sanitas EPS	800251440-6	162.500	0		0		0	6	700	0	163.200	1

TOTALES PENSIÓN												
Código AFP	Nombre	NIT	Cotización Obligatoria	Aporte Voluntario Afiliado	Aporte Voluntario Aportante	Aporte FSP - Solidaridad	Aporte FSP - Subsistencia	Días Mora	Valor Mora Cotización	Valor Mora FSP	Total a Pagar	No. Afiliados
230301	Porvenir	800224808-8	208.000	0	0	0	0	6	800	0	208.800	1

TOTALES RIESGOS LABORALES															
Código ARL	Nombre	NIT	Cotización Obligatoria	Incapacidades		Aportes Otros Sistemas	Valor Neto Cotización	Días Mora	Valor Mora Cotización	Subtotal Cotización	No. Radicado Saldo a Favor	Valor Saldo a Favor	Fondo Solidaridad	Total a Pagar	No. Afiliados
				No. Autorización	Valor										
14-11	ARL SURA	890903790-5	31.700				31.700	6	200	31.900			317	31.900	1

TOTALES CAJAS												
Código CCF	Nombre						NIT	Valor Aporte	Días Mora	Valor Mora Aporte	Total a Pagar	No. Afiliados

TOTALES PARAFISCALES				
Valor Aporte	Días Mora	Valor Mora Aporte	Total a Pagar	No. Afiliados
SENA				
0	6	0	0	0
ICBF				
0	6	0	0	0
ESAP				
MEN				

TOTALES POR SUBSISTEMA			
Tipo Administradora	No. Administradoras Reportadas	Valor antes de IGE, LMA, IRP y Mora	Total a Pagar
Salud	1	162.500	163.200
Pensión	1	208.000	208.800
Riesgos Laborales	1	31.700	31.900
CCF	0	0	0
ESAP	0	0	0
ICBF	0	0	0
MEN	0	0	0
SENA	0	0	0
TOTALES	3	402.200	403.900

DATOS DEL APORTANTE						
TIPO	NÚMERO	NOMBRE APORTANTE		DIRECCIÓN	TELÉFONO	CORREO
PT	6409122	YONNY JOSE PEREZ GUDINO		calle 45a #27-53	3028286186	yonn4293@gmail.com
FORMA PRESENTACIÓN	CLASE APORTANTE	NOMBRE SUCURSAL	CÓDIGO	DEPARTAMENTO	CIUDAD / MUNICIPIO	
ÚNICA	I - Independiente			BOGOTÁ D. C.	BOGOTÁ. D.C.	

DATOS DE LA PLANILLA						
PLANILLA ASOCIADA	FECHA PAGO ASOCIADA (DIA/MES/AÑO)	TIPO PLANILLA	FECHA PAGO (DIA/MES/AÑO)	NÚMERO PLANILLA	CANTIDAD	
					EMPLEADOS	UPC
					1	0
PERIODO SALUD	PERIODO PENSIONES				TOTAL A PAGAR	
2024-12	2024-12	I	15/01/2025	83382519	\$403.900	

DETALLE POR COTIZANTE																																															
INFORMACIÓN COTIZANTE				INFORMACIÓN NOVEDADES										PENSIÓN				SALUD			RIESGOS LABORALES			CCF			PARAFISCALES																				
No.	Tipo	No. de identificación	Apellidos y Nombres	Cotizante	Subgrupo	Exoneración	Clase de riesgo	EM	IMC	RET	TDE	TAE	TDP	TMP	VMP	VOT	DAI	LM	UM	VAC	APP	VCT	INL	CORRECCIÓN	Cód. AFP	IBC AFP	Cotización	Voluntario o Afiliado	Voluntario Aportante	Fondo pensional de solidaridad	Fondo pensional de subsistencia	Cód. EPS	IBC EPS	Cotización / Valor UPC	Cód. ARL	IBC ARL	Clase de riesgo	Cotización	Código CCF	IBC CCF	Aporte CCF	IBC otros parafiscales	Aporte SENA	Aporte ICBF	Aporte ESAP	Aporte MEN	
1	PT	6409122	PEREZ GUDINO YONNY JOSE	59	0		N																		230301	1,300,000	208,000	0	0	0	0	EPS005	1,300,000	162,500	14-11	1,300,000	3	31,700		0	0	0	0	0	0	0	0

PAGADA



¡Hola, YONNY JOSE PÉREZ GUDIÑO!

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

Estado de la Transacción: **Aprobada** ✓
CUS: 1194295770
Empresa: COMPENSAR-OI
Descripción: MIPlanilla.com Pago Proteccion Social
Valor de la Transacción: \$ 403.900
Fecha de Transacción: 14/01/2025

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 frecuentemente.



ACH Colombia Oficial



@ACHColombia_



ACHColombiaOficial



ACH Colombia Oficial

