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

YENY CASALLAS RONCANCIO

NÚMERO DE DOCUMENTO DE IDENTIDAD:			52.274.534		
OBJETO DEL CONTRATO:	PRESTAR SERVICIOS COMO PROFESIONAL EN FISIOTERAPIA PARA DESARROLLAR ACTIVIDADES EN LA DIRECCION DE GESTION 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 4282 2025		FECHA INICIO CONTRATO		22/01/2025
VALOR INICIAL DEL CONTRATO	$ 2.665.301	PLAZO INICIAL DEL CONTRATO	DOS (2) MESES DIECINUEVE (19) DIAS		
VALOR TOTAL DEL CONTRATO INCLUIDO ADICIONES:	$ 12.225.621		VALOR DE HONORARIOS PERÍODO A CERTIFICAR:		$ 717.024
N° DE INFORME:	1	N° CRP:	10673	N° CDP:	55
PLAZO TOTAL DEL CONTRATO INCLUIDO PRORROGAS	DOS (2) MESES DIECINUEVE (19) 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

N° DE MODIFICACIONES DEL CONTRATO:		TIPO DE MODIFICACIÓN	ADICIÓNES		PRORROGAS		
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:		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	SE CUMPLE CON LAS ACTIVIDADES ESTABLECIDAS DE ACUERDO AL CRONOGRAMA PARA DAR CUMPLIMIENTO A LOS EVENTOS DE PERSONAS CON DISCAPACIDAD, CRÓNICOS, MENORES DE 5 AÑOS Y OTROS EVENTOS PRIORIZADOS REMITIDOS PARA EL DESARROLLO DE LAS ACTIVIDADES DEL CONVENIO MAS BIENESTAR EQUIPOS BÁSICOS EXTRAMURALES.
2	SE PRESENTA Y ENTREGA EL CRONOGRAMNA DE ACTIVIDADES CON LO PROGRAMADO DURANTE EL MES
3	EJECUCIÓN DE ACCIONES EN CAMPO Y DILIGENCIAMINETO DE FORMATOS DEL CONVENIO MAS BIENESTAR EQUIPOS BÁSICOS EXTRAMURALES
4	EJECUCIÓN DE ACCIONES EN CAMPO Y DILIGENCIAMIENTO DE FORMATOS DEL CONVENIO MAS BIENESTAR EQUIPOS BÁSICOS EXTRAMURALES
5	APROPIACIÓN DE FICHAS TÉCNICAS ESTIPULADAS PARA EL ABORDAJE DE PERSONAS CON DISCAPACIDAD EN ESTRATEGIA RBC.
6	ASISTENCIA PRESENCIAL Y VIRTUAL DE LAS DIFERENTES ASISTENCIAS TÉCNICAS ESTIPULADAS DENTRO DEL CRONOGRAMA.
7	REALIZAR ENTREOA OPORTUNA DE FORMATOS EN FÍSICO, BASE DE PROYECTOS DE INVERSIÓN, FORMATOS DE CANALIZACIÓN, DILIGENCIAMIENTO DE APLICATIVO.
8	EJECUCIÓN DE ACCIONES EN CAMPO, DILIGENCIAMIENTO DE FORMATOS DE CANALIZACIÓN.
9	DILIGENCIAMIENTO DE FICHAS DE NOTIFICACIÓN SIVIM SISVECOS.
10	REALIZAR PROCESOS DE ACTUALIZACIÓN DE PERSONAS CON DISCAPACIDAD Y CUIDADORES DE LA ESTRATEGIA REHABILITACIÓN BASADA EN LA COMUNIDAD (RBC) CON CALIDAD Y VERACIDAD REALIZANDO LOS TAMIZAJES DE ZARIT Y WHODAS.

V. INFORMACIÓN DE APORTES A SEGURIDAD SOCIAL

No. DE PLANILLA:		OPERADOR:	MI PLANILLA

CONCEPTO DEL PAGO	ENTIDAD	FECHA DE PAGO	VALOR PAGADO
SALUD:	FAMISANAR		
PENSIÓN:	PORVENIR		
RIESGOS LABORALES:	POSITIVA		
OTRO			
TOTAL PAGADO			

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 afilincion 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

Yeni Casallas

YENY CASALLAS RONCANCIO
NOMBRE Y FIRMA DEL CONTRATISTA
CC: 52.274.534
CEL: 3208583442

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 FÓRMATO 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: 28/2/2025

NOMBRES Y APELLIDOS:	YENY CASALLAS RONCANCIO	CC: RUT (NIT):	52.274.534
CORREO ELECTRÓNICO:	yeny.casallas76@gmail.com	TELÉFONO:	3208583442
DIRECCIÓN DOMICILIO:	CL 22 BIS 48 40	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:	BANCO CAJA SOCIAL				
NOMBRE DEL BANCO (APLICA CUANDO EL BANCO NO SE ENCUENTRE EN LA LISTA DESPLEGABLE)		TIPO DE CUENTA:	AHORROS	Nº CUENTA:	24089403901

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

Nº DEL CONTRATO:	PS 4282 2025	Nº CDP:	55	N°CRP:	10673	PLAZO DEL CONTRATO INCLUIDAS PRORRÓGAS: DOS (2) MESES DIECINUEVE (19) DIAS
FECHA DE INICIO CONTRATO	22/01/2025	FECHA DE TERMINACIÓN CONTRATO:		9/04/2025		VALOR TOTAL DEL CONTRATO INCLUDO ADICIONES : $ 12.225.621
PERIODO OBJETO DE COBRO:	1/02/2025 AL 28/02/2025					
VALOR A PAGAR CORRESPONDIENTE AL PERIODO OBJETO DE COBRO EN	$ 717.024 SETECIENTOS DIECISIETE MIL VEINTICUATRO PESOS M/CTE					

Yeny Casallas

NOMBRE: YENY CASALLAS RONCANCIO
CC 52.274.534
CEL 3208583442

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	YENY CASALLAS RONCANCIO
NÚMERO DOCUMENTO DE IDENTIDAD	52.274.534

I. INFORMACION GENERAL DEL CONTRATO DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS

OBJETO DEL CONTRATO:	PRESTAR SERVICIOS COMO PROFESIONAL EN FISIOTERAPIA PARA DESARROLLAR ACTIVIDADES EN LA DIRECCION DE GESTION 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 4282 2025		FECHA INICIO CONTRATO		22/01/2025
VALOR INICIAL DEL CONTRATO	$				2.665.301
VALOR TOTAL DEL CONTRATO INCLUIDO ADICIONES:	$ 12.225.621		VALOR DE HONORARIOS PERÍODO A CERTIFICAR:		$ 717.024
N° PAGO / N° DE INFORME:	1	N° CRP INICIAL:	10673	N° CDP INICIAL DEL CONTRATO	55
PLAZO DEL CONTRATO INCLUYENDO PRORROGAS	DOS (2) MESES DIECINUEVE (19) DIAS				
N° DE PLANILLA DE PAGO DE SEGURIDAD SOCIAL:			OPERADOR:		MI PLANILLA
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 MODIFICACIÓN:		TIPO DE MODIFICACIÓN (ADICIÓN – PRÓRROGA):					
VALOR ADICIONADO		CDP DE LA		RP DE LA		TIEMPO	

III. POLIZAS (SI APLICA)

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

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 articulo 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 1/02/2025 AL 28/02/2025

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 TECNICO CODIGO 009 GRADO 05
	NOMBRE Y FIRMA APOYO TECNICO DEL SUPERVISOR: LILIANA TELLEZ VALBUENA PROFESIONAL ESPECIALIZADO, LIDER CONVENIO MAS BIENESTAR

Famisanar EPS

CERTIFICA QUE:

El(La) Señor(a) YENY CASALLAS RONCANCIO identificado(a) con CC. 52274534 se encuentra afiliado(a) a la EPS en condición de BENEFICIARIO.

Fecha de Activación de Servicios:	**2003/08/10**
Estado de la Afiliación:	**ACTIVO**
IPS:	**CAFAM CAJA DE COMPENSACION FAMILIAR**
Categoría:	**A**

La presente certificación se expide a solicitud del (de la) interesado(a) en Bogotá para **QUIEN INTERESE**, a los 17 días del mes de 02 del año 2025.

La certificación tiene validez de un mes con respecto a la fecha de generación.

Observaciones:

NO VÁLIDO PARA TRASLADO A OTRA EPS.

Cordialmente,

Fredy Alexander Caicedo Sierra

Director Operaciones Comerciales

EPS FAMISANAR S.A.S.

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:

YENY CASALLAS RONCANCIO, identificado(a) con cédula de ciudadanía **52.274.534**, se encuentra afiliado(a) al **Fondo de Pensiones Obligatorias Porvenir**.

La presente certificación se expide el 17 de Febrero del 2025.

Cordialmente,

Gerencia de Clientes

Tenga en cuenta:

Es fundamental que revise periódicamente su Historia Laboral, el capital ahorrado y las semanas que tiene registradas, si presenta inconsistencias, ingrese a www.porvenir.com.co *y actualice su Historia Laboral.*

Bogota D.C.

POSITIVA

COMPAÑÍA DE SEGUROS S.A.

CERTIFICA QUE:

Verificada la base de datos de afiliaciones, se identificó que el(la) señor(a) **YENY CASALLAS RONCANCIO** identificado(a) con **CC . 52274534** registra la siguiente información:

Documento empleador	Nombre empleador o contratante	Vinculación laboral	Fecha ultima afiliacion	Fecha fin vinculación	Clase riesgo	Estado
NIT-900959051	SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E	INDEPENDIENTE	22/01 /2025		3	ACTIVO
NIT-900077184	SALUD VITAL Y RIESGOS PROFESIONALES IPS EU	DEPENDIENTE	05/10 /2021	20/12/2023	3	INACTIVO
NIT-830099027	FUNDACION AVANTE	INDEPENDIENTE	03/08 /2017	22/12/2017	5	INACTIVO

Esta certificación se expide a los diecisiete (17) día(s) del mes de febrero de 2025.

Cordialmente,

GERENCIA DE AFILIACIONES Y NOVEDADES

POSITIVA COMPAÑÍA DE SEGUROS

VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA

Descargado a través de la aplicación móvil

Positiva Compañía de Seguros S.A. • Nit: 860.011.153-6 • Línea gratuita: 01-8000-111-170, Bogotá: 330-7000 / Móvil: #533 / Portal Web: www.positiva.gov.co

Positiva Compañía de Seguros @PositivaCol PositivaColombia

El emprendimiento es de todos Minhacienda

Banco Caja Social
Su banco amigo.

UNA EMPRESA DE FUNDACIÓN GRUPO SOCIAL

HACE CONSTAR:

Que el (los) cliente(s)

YENY CASALLAS RONCANCIO Identificado con CC 52274534

Actualmente tiene(n) el producto Cuenta Ahorros, radicado(a) en la oficina PASTRANITA, con las siguientes características:

Cuentamiga

Número:	24089403901
Fecha de apertura:	7 de Noviembre de 2018
Condiciones de uso:	Individual, 1 firmas(s), 0 sello(s) húmedo(s) o de caucho, sin protector
Estado:	Cuenta activa

Esta constancia se expide con destino a quien pueda interesar, realizada en el Canal Digital de la ciudad de Bogotá, el día Lunes, 17 de Febrero de 2025.

Cordialmente,

Vicepresidencia de Banca Masiva

VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA | Banco Caja Social