Secretaría Distrital 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 TERAPIA 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 4282 2025		**FECHA INICIO CONTRATO**		22/01/2025
VALOR INICIAL DEL CONTRATO	$ 2.665.301	**PLAZO INICIAL DEL CONTRATO**	DIECINUEVE (19) DIAS		
VALOR TOTAL DEL CONTRATO INCLUIDO ADICIONES:	$ 12.225.621		**VALOR DE HONORARIOS PERÍODO A CERTIFICAR:**		$ 3.997.952
N° DE INFORME:	3	**N° CRP:**	10001	**N° CDP:**	55
PLAZO TOTAL DEL CONTRATO INCLUIDO PRORROGAS	DOS (2) MESES DIECISIETE (17) DIAS				
UNIDAD FUNCIONAL EJECUCIÓN DE ACTIVIDADES:	SA2 SEDE ADMINISTRATIVA SAN JOSE OBRERO				
NOMBRE DEL SUPERVISOR:	LORENZA BECERRA CAMARGO - DIRECTOR TECNICO CODIGO 009 GRADO0 05				

II. MODIFICACIONES CONTRACTUALES

N° DE MODIFICACIÓNES DEL CONTRATO:	1	**TIPO DE MODIFICACIÓN**	**ADICIONES**	1	**PRORROGAS**	1	
VALOR ADICIONADO	$ 12.225.621	**CDP DE LA ADICIÓN:**	55	**CRP DE LA ADICIÓN:**	10001	**TIEMPO PRORROGADO:**	2 MESES 17 DIAS
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:**		

IV. ACTIVIDADES REALIZADAS EN EL PERIODO, DE ACUERDO CON EL OBJETO Y LAS OBLIGACIONES ESTABLECIDAS EN EL CONTRATO
(Deben ser coherentes con las actividades específicas realizadas durante el mes)

ÍTEM	
1	SE CUMPLE CON LAS ACTIVIDDADES ESTABLECIDAS DE ACUERDO AL CRONOGRAMA PARA DAR CUMPLIMIENTO A LOS EVENTOSDE PERSONAS CON DISCAPACIDAD, CRONICOS, MENORES DE 5 AÑOS Y OTROS EVENTOS PRIORIZADOSREMITIDOS PARA EL DESARROLLO DE LAS ACTIVIDADESDEL CONVENIO MAS BIENESTAR EQUIPOS BASICOS EXTRAMURALES.
2	SE PRESENTA Y SE ENTREGA EL CRONOGRAMA DE ACTIVIDADESCON LO PROGRAMADO DURANTE EL MES.
3	EJECUCCION DE ACCIONES EN ELCAMPO Y DILIGENCIAMIENTO DE FORMATOS DEL CONVENIOMAS BIENESTAR EQUIPOS EQUIPOS BASICOS EXTRAMURALES.
4	EJECUCION DE ACCIONES EN ELCAMPO Y DILIGENCIAMIENTO DE FORMATOS DEL CONVENIO MAS BIENESTAR EQUIPOS BASICOS EXTRAMURALES.
5	APROPIACION DE FICHAS TECNICAS ESTIPULADAS PARA EL ABORDAJE DE PERSONAS CON DISCAPACIDADA EN ESTRATEJIA RBC.
6	ASISTENCIA PRESENCIAL Y VIRTUAL DE LAS DIFERENTES ASISTENCIAS TECNICAS ESTPULADAS DENTRO DEL CONOGRAMA
7	REALIZAR ENTREGA OPORTUNA DE FORMATOS EN FISICO , BASE DE PROYECTOS DE INVERSION, FORMATOS DE CANALIZACION , DILIGENCIAMIENTO DE APLICATIVO.
8	EJECUCCION DE ACCIONES EN CAMPO, DILIGENCIAMIENTO DE FORMATOS DE CANALIZACION
9	DILIGENCIAMIENTO DE FICHAS DE NOTIFICACION VIBI SISVECO.
10	9 CON CALIDAD Y VBRBCREALIZAR PROCESOSO DE ACTUALIZACION SE PERSONAS CON DISCAPACIDAD Y CUIDADOS DE LA ESTRATEGIA REHABLITACION BASADA EN LA COMUNIDA (RBC)CON CARIDAD Y VERACIDA REALIZANDO LOS TAMIZAJES DE ZARITH Y WHODAS.

V. INFORMACIÓN DE APORTES A SEGURIDAD SOCIAL

No. DE PLANILLA:	84440902	**OPERADOR:**	MI PLANILLA

CONCEPTO DEL PAGO	**ENTIDAD**	**FECHA DE PAGO**	**VALOR PAGADO**
SALUD:	FAMISANAR	12/03/2025	$ 178.000
PENSIÓN:	PORVERNIR	12/03/2025	$ 227.800
RIESGOS LABORALES:	POSITIVA	12/03/2025	$ 34.700
OTRO	MORA	12/03/2025	$ 700
	TOTAL PAGADO		**$ 441.200**

VI. DECLARACIONES DEL CONTRATISTA

FORMATOS DE CANALIZACION DILIGENCIAMIENTO DE APLICATIVO

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

YENY CASALLAS RONCANCIO
CC: 52.274.534
CEL 3208582442

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-018
VERSIÓN: 6
FECHA: 2024-09-16

DATOS DEL CONTRATISTA			
FECHA DE DILIGENCIAMIENTO: 00/01/1900			
NOMBRES Y APELLIDOS:	YENY CASALLAS RONCANCIO	**CC:**	52.274.534
		RUT (NIT):	52.274.534
CORREO ELECTRÓNICO:	jeny.casallas76@gmail.com	**TELÉFONO:**	3208583442
DIRECCIÓN DOMICILIO:	CL 22 BIS 48 40 ON 3 AP 704	**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.

Régimen 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:	0				
NOMBRE DEL BANCO (APLICA CUANDO EL BANCO NO SE ENCUENTRE EN LA LISTA DESPLEGABLE)	Caja social	**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	**Nº. CRP:**	10001	PLAZO DEL CONTRATO INCLUIDAS PRORROGAS:
FECHA DE INICIO CONTRATO	21/01/2025	**FECHA DE TERMINACIÓN CONTRATO:**		09/04/2025		TOTAL DEL CONTRATO INCLUIDO ADICIONES: $ 12.225.621
PERIODO OBJETO DE COBRO:		DEL	01/03/2025	AL	31/03/2025	
VALOR A PAGAR CORRESPONDIENTE AL PERIODO OBJETO DE COBRO EN (LETRAS Y NUMEROS)	$ 3.997.952					
	DE PESOS					

NOMBRE Y FIRMA DEL CONTRATISTA: YENY CASALLAS RONCANCIO
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 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 TERAPIA 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 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:**	$ 3.997.952
N° PAGO / N° DE INFORME:	3 DE 3	**N° CRP INICIAL:**	10001	**N° CDP INICIAL DEL CONTRATO**	55
PLAZO DEL CONTRATO INCLUYENDO PRORROGAS	DOS(2) MESES 17 (DIAS)				
N° DE PLANILLA DE PAGO DE SEGURIDAD SOCIAL:	84440902	**OPERADOR:**	MI PLANILLA		
PROCESO EN DONDE SE EJECUTARON LAS ACTIVIDADES:	CONVENIO MAS BIENESTAR - DIRECCION DE GESTION 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	$ 12.225.621	**CDP DE LA ADICIÓN:**	55	**RP DE LA ADICIÓN:**	10001	**TIEMPO PRORROGADO:**	2 MESES 17 DIAS
VALOR ADICIONADO		**CDP DE LA ADICIÓN:**		**RP DE LA ADICIÓN:**		**TIEMPO PRORROGADO:**	

III. POLIZAS (SI APLICA)

N° DE PÓLIZA:		**NOMBRE DE LA ASEGURADORA:**	
FECHA DE LA PÓLIZA		**ACTO ADMINISTRATIVO DE APROBACIÓN:**	

IV. VERIFICACION DE ACTIVIDADES DESARROLLADAS

SE VERIFICA 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 **clausula "Forma de Pago,** CERTIFICO el cumplimiento de las obligaciones pactadas con el contratista, para el pago correspondiente al periodo del 01/03/2025 al 31/03/2025

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

compensar | miplanilla.com

PLANILLA INTEGRADA DE AUTOLIQUIDACION DE APORTES

DATOS DEL APORTANTE						
TIPO	NÚMERO	NOMBRE APORTANTE	DIRECCIÓN	TELÉFONO	CORREO	EXONERADO PAGO PARAFISCALES Y SALUD
CC	52274534	YENY CASALLAS RONCANCIO	Calle 22bis 48 40 int 3 apto 701	6012224563	yeny.casallas76@gmail.com	
FORMA PRESENTACIÓN	CLASE APORTANTE	NOMBRE SUCURSAL / CÓDIGO	DEPARTAMENTO	CIUDAD / MUNICIPIO		
ÚNICA	I – Independiente		BOGOTÁ D. C.	BOGOTÁ, D.C.		NO

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	
2025-02	2025-02	I		84440902	$441.200	

DETALLE

No.	Tipo	No. Identif
1	CC	5227

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					
EPS017	Famisanar EPS	830003564-7	178.000	0		0		0	2	300	0	178.300	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	227.800	0	0	0	0	2	300	0	228.100	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										
14-23	Positiva Seguros	860011153-6	34.700				34.700	2	100	34.800			347	34.800	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	2	0	0	0
ICBF				
0	2	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	178.000	178.300
Pensión	1	227.800	228.100
Riesgos Laborales	1	34.700	34.800
CCF	0	0	0
ESAP	0	0	0
ICBF	0	0	0
MEN	0	0	0
SENA	0	0	0
TOTALES	3	440.500	441.200

Este documento está clasificado como PRIVADO por parte de Compensar Operador de Información

Banco AV Villas | Bancolombia Bancolombia | Banco de Occidente | banco popular

COMPROBANTE DE TRANSACCIÓN

BANCO DE OCCIDENTE * 329 * 220 * 77723
12:46:27 2025/03/12 No Planilla: 0384440902
PROD COTIZACION: 202502 Normal
VALOR PAGADO: 441,200.00 52274534208583442
NOTA:EL PAGO DE LA PLANILLA No.0384440702

HA SIDO REGISTRADO POR EL BANCO EN HORARIO NORMAL.
CON No. DE AUTORIZACION 21146077
TRANSACCION SUJETA A VERIFICACION.

Valor
$

Verifique antes de retirarse de la ventanilla que la información impresa corresponde a la operación ordenada al Banco. Conservese este comprobante. Los cheques estarán sujetos a la cláusula de buen cobro Art. 882 y a verificación posterior. Si hubiere errores o faltantes, el Banco queda autorizado para hacer los ajustes en la respectiva cuenta.

BAVV:CLI-PRO-216_VI BBOG: 2122141623 (DEP_FOR_008 V123/11/2015) BOCC. FTP-SER-025 BPOP: 1.10.3.98010