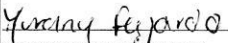
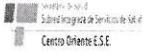
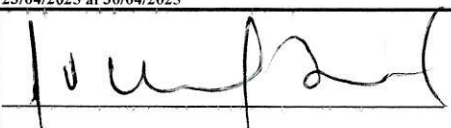

		SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E APOYO – GESTIÓN DE CONTRATACIÓN FORMATO INFORME DE EJECUCIÓN DE ACTIVIDADES DEL CONTRATO DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS Y DE APOYO A LA GESTIÓN		CÓDIGO: AP-IA-FT-077 VERSIÓN: 2 FECHA: 2024-09-16	
CELEBRADO ENTRE LA SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E Y INGRY YURANY FAJARDO BULLA					
NÚMERO DE DOCUMENTO DE IDENTIDAD:			1.001.277.147		
OBJETO DEL CONTRATO:		PRESTAR SERVICIOS COMO PROMOTOR DE BIENESTAR 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 CONVENIO 6591670/2024 SED			
CONTRATO DE PRESTACION DE SERVICIOS PROFESIONALES No.		PS 5243 2025		FECHA INICIO CONTRATO	
				23/4/2025	
VALOR INICIAL DEL CONTRATO	\$	775.673	PLAZO INICIAL DEL CONTRATO	NUEVE (9) DIAS	
VALOR TOTAL DEL CONTRATO INCLUIDO ADICIONES:	\$	775.673	VALOR DE HONORARIOS PERIODO A CERTIFICAR:	\$	689.487
Nº DE INFORME:	1	Nº CRP:	14734	Nº CDP:	1262
PLAZO TOTAL DEL CONTRATO INCLUIDO PRORROGAS	NUEVE (9) DIAS				
UNIDAD FUNCIONAL EJECUCIÓN DE ACTIVIDADES:	6PM CENTRO DE SALUD PRIMERA DE MAYO				
NOMBRE DEL SUPERVISOR:	LORENZA BECERRA CAMARGO - DIRECTOR TECNICO CODIGO 009 GRADO 05				
II. MODIFICACIONES CONTRACTUALES					
Nº DE MODIFICACIONES DEL CONTRATO:	0	TIPO DE MODIFICACIÓN	ADICIONES	0	PRORROGAS
					0
VALOR ADICIONADO	\$	-	CDP DE LA ADICIÓN:	0	CRP DE LA ADICIÓN:
				0	TIEMPO PRORROGA DO:
					0
III. POLIZAS					
¿PACTO POLIZAS EN SU CONTRATO?		SI		NO	X
Nº 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 obligaciones específicas del contrato realizadas durante el mes)					
ITEM					
1	Realizar actividades de promoción y prevención, estilos de vida saludable y acompañamiento en tiempos establecidos en la IED Rafael Delgado Salguero				
2	Actuar como apoyo ante las situaciones críticas que requieran la intervención del equipo OCE de la SED				
3	Fomentar estilos de vida saludable mediante programa de estrategias pedagógicas, líneas pedagógicas en cada una de las IED asignadas				
4	Se realiza reporte diario en el link de Edusitio con actividades desarrolladas, se cargan en el drive evidencias fotográficas y plan de trabajo semanal				
5	Se realiza apoyo a primer respondiente en caso de accidentes escolares y acorde a lo establecido en la ruta de accidentes escolares de la SED				
6	Para el mes de Abril el cumplimiento es de 30 actividades				
7	Se participa en los espacios de comités de gestión de riesgo y emergencias escolares convocados por las IED a demanda.				
8	Se realiza reporte diario de las actividades desarrolladas en cada sede y jornada en planilla de firmas y planillas Drive del convenio y enlace de SED				
V. INFORMACIÓN DE APORTES A SEGURIDAD SOCIAL					
No. DE PLANILLA:	CERTIFICADOS		OPERADOR:	N/A	
CONCEPTO DEL PAGO	ENTIDAD		FECHA DE PAGO	VALOR PAGADO	
SALUD:	SANITAS		N/A	\$	-
PENSIÓN:	COLFONDOS		N/A	\$	-
RIESGOS LABORALES:	SURA		N/A	\$	-
OTRO	N/A		N/A	\$	-
TOTAL PAGADO				\$	-
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 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 periodo correspondiente					
 INGRID YURANY FAJARDO BULLA NOMBRE Y FIRMA DEL CONTRATISTA CC: 1.001.277.147 CEL: 1054680341					

SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E APOYO – GESTION DE CONTRATACION FORMATO CUENTA DE COBRO CONTRATO DE PRESTACION DE SERVICIOS Y DE APOYO A LA GESTION				CÓDIGO: AP-IA-FT-014 VERSIÓN: 6 FECHA: 2024-09-16	
DATOS DEL CONTRATISTA FECHA DE DILIGENCIAMIENTO: 31/05/2025					
NOMBRES Y APELLIDOS:		INGRY YURANY FAJARDO BULLA		CC:	1.001.277.147
CORREO ELECTRÓNICO:		YURA2819@HOTMAIL.COM		RUT (NIT):	
DIRECCIÓN DOMICILIO:		KR 18 78D 32 SUR		TELÉFONO:	3223800515
				CIUDAD:	BOGOTA
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		TIPO DE CUENTA:	AHORROS	Nº CUENTA:
NOMBRE DEL BANCO (APLICA CUANDO EL BANCO NO SE ENCUENTRE EN LA LISTA DESPLEGABLE)					24083004779
NÚMERO DEL CONTRATO Y DATOS DE LA ÚLTIMA ADICIÓN (PERIODO OBJETO DE PAGO)					
Nº DEL CONTRATO:	P5 5243 2025	Nº CDP:	1262	Nº. RP:	14734
FECHA DE INICIO CONTRATO	23/04/2025	FECHA DE TERMINACIÓN CONTRATO:	30/04/2025		PLAZO DEL CONTRATO INCLUIDAS PRORROGAS: NUEVE (9) DIAS
PERIODO OBJETO DE COBRO:	23/04/2025 al 30/04/2025				
VALOR A PAGAR CORRESPONDIENTE AL PERIODO OBJETO DE COBRO EN (LETRAS Y NUMEROS)	\$				689.487
SEISCIENTOS OCHENTA Y NUEVE MIL CUATROCIENTOS OCHENTA Y SIETE PESOS M/CTE					
<i>Yurany Fajardo</i> NOMBRE: INGRY YURANY FAJARDO BULLA CC 1.001.277.147 CEL 3223800515					

		SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E APOYO – GESTION DE CONTRATACION FORMATO INFORME DE SUPERVISION CONTRATO DE PRESTACION 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			INGRY YURANY FAJARDO BULLA		
NÚMERO DOCUMENTO DE IDENTIDAD			1.001.277.147		
I. INFORMACION GENERAL DEL CONTRATO DE PRESTACION DE SERVICIOS					
OBJETO DEL CONTRATO:	PRESTAR SERVICIOS COMO PROMOTOR DE BIENESTAR 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 CONVENIO 6591670/2024 SED				
CONTRATO DE PRESTACION DE SERVICIOS PROFESIONALES No.	PS 5243 2025	FECHA INICIO CONTRATO	23/04/2025		
VALOR INICIAL DEL CONTRATO	\$ 775.673				
VALOR TOTAL DEL CONTRATO INCLUIDO ADICIONES:	\$ 775.673	VALOR DE HONORARIOS PERÍODO A CERTIFICAR:	\$ 689.487		
Nº PAGO / Nº DE INFORME:	1	Nº CRP INICIAL:	14734	Nº CDP INICIAL DEL CONTRATO	1262
PLAZO DEL CONTRATO INCLUYENDO PRORROGAS	NUEVE (9) DIAS				
Nº DE PLANILLA DE PAGO DE SEGURIDAD SOCIAL:	CERTIFICADOS	OPERADOR:	N/A		
PROCESO EN DONDE SE EJECUTARON LAS ACTIVIDADES:	CONVENIO 6591670-2024-SED DIRECCIÓN DE GESTIÓN INTEGRAL DEL RIESGO EN SALUD				
UNIDAD FUNCIONAL DE EJECUCIÓN DE ACTIVIDADES:	6PM CENTRO DE SALUD PRIMERA DE MAYO				
NOMBRE DEL SUPERVISOR:	LORENZA BECERRA CAMARGO - DIRECTOR TECNICO CODIGO 009 GRADO 05				
II. MODIFICACIONES CONTRACTUALES					
Nº DE MODIFICACIÓN:	0	TIPO DE MODIFICACIÓN (ADICIÓN – PRORROGA):	0	0	
VALOR ADICIONADO	\$ -	CDP DE LA	0	RP DE LA	0
			0	TIEMPO	0
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. VERIFICACION DE ACTIVIDADES DESARROLLADAS					
<i>SE VERIFICA QUE QUE HA CUMPLIDO CON LAS ACTIVIDADES ASIGNADAS DURANTE EL MES O PERIODO LABORADO Y SE APRUEBA PARA EL PAGO RESPECTIVO.</i>					
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 23/04/2025 al 30/04/2025					
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: OLGA LUCIA LOPEZ TAPIAS PERFIL: COORDINADORA CONVENIO 7827009/2025				



CERTIFICA QUE:

El(La) Señor(a) INGRY YURANY FAJARDO BULLA identificado(a) con CC 1001277147 se encuentra afiliado(a) a la EPS en condición de 1° COTIZANTE.

Fecha de Activación de 01/02/2018
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 QUIEN , a los 09 días del mes abril del 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.

Protección

Fondo de Pensiones Obligatorias Protección

NIT 800.229.739

Hace constar que:

El(la) Señor(a) **FAJARDO BULLA INGRY YURANY** identificado(a) con **CC** número **1.001.277.147** se encuentra afiliado(a) en Pensiones Obligatorias a **PROTECCIÓN**, desde el día 01 de diciembre de 2019 y sus recursos se encuentran en el **FONDO DE PENSIONES OBLIGATORIAS PROTECCIÓN MAYOR RIESGO**.

Esta constancia se expide a petición del interesado(a) el día 09 de abril de 2025.

Cordialmente,



Cesar Mauricio Aubad Echeverry
Equipo Soporte para Clientes

***Importante:** Esta constancia solo hace referencia a los productos mencionados anteriormente.

*Si desea verificar la veracidad de esta información comuníquese con nosotros:

Línea de servicio Protección: Bogotá: **744 44 64** - Medellín y Cali **510 90 99**

Barranquilla: **319 79 99** - Cartagena: **642 49 99** - Nacional **01 8000 52 8000**

www.proteccion.com

20250409-18504

LA INFORMACIÓN DEBE SER LEGIBLE

SI SE ENCUENTRA ACTUALMENTE AFILIADO A UNA ARL, RELACIONE SU NOMBRE

SURA

NOMBRE ARL

A QUE ARL DESEA QUE LA SUBRED CENTRO ORIENTE, REALICE LA AFILIACION

SURA
NOMBRE ARL

CC-CEDULA DE CIUDADANIA
TIPO DE DOCUMENTO

1001277147
Numero de Documento

INGRY

Primer Nombre

YURANY

Segundo Nombre

FAJARDO

Primer Apellido

BULLA

Segundo Apellido

19-05/1997
Fecha de .Nacimiento

BOGOTA
Ciudad de Residencia

KR 18 N 79 D 32 SUR
Dirección de Residencia

FAMISANAR

EPS - Salud

PROTECCION

AFP - Pensiones

\$

0

Honorarios

AUXILIAR DE ENFERMERIA

Perfil/ Profesión

yura2819@hotmail.com

Correo Electrónico

3223800515

Celular

Firma del Afiliado

SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE

**NOTA: Cualquier novedad requerida debe ser notificada al correo
arlcontratacionops@subredcentrooriente.gov.co**