Centro Oriente E.S.E.	SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E VERSIÓN: 2 FORMATO INFORME DE EJECUCIÓN DE ACTIVIDADES DEL CONTRATO DE	CÓDIGO: AP-IA-FT-077 APOYO – GESTION DE CONTRATACIÓN FECHA: 2024-09-16 PRESTACIÓN DE SERVICIOS Y DE APOYO A LA GESTIÓN

CELEBRADO ENTRE LA SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E Y

EDER DUVAN CANTILLO MARQUEZ

NUMERO DE DOCUMENTO DE IDENTIDAD:	1.023.915.904				
OBJETO DEL CONTRATO:	PRESTAR SERVICIOS COMO PROMOTOR 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 4554 2025	**FECHA INICIO CONTRATO**	06/02/2025		
VALOR INICIAL DEL CONTRATO	$ 5.412.581	**PLAZO INICIAL DEL CONTRATO**	DOS(2)MESES Y (3)DIAS		
VALOR TOTAL DEL CONTRATO INCLUIDO ADICIONES:	$ 5.412.581	**VALOR DE HONORARIOS PERÍODO A CERTIFICAR:**	$ 497.125		
Nº DE INFORME:	2	**Nº CRP:**	10591	**Nº CDP:**	250
PLAZO TOTAL DEL CONTRATO INCLUIDO PRORROGAS	DOS(2)MESES Y (3)DIAS				
UNIDAD FUNCIONAL EJECUCIÓN DE ACTIVIDADES:	SA2 SEDE ADMINISTRATIVA SAN JOSE OBRERO				
NOMBRE DEL SUPERVISOR:	LORENZA BECERA CAMARGO				

II. MODIFICACIONES CONTRACTUALES

Nº DE MODIFICACIONES DEL CONTRATO:	0	**TIPO DE MODIFICACIÓN**	**ADICIONES**	0	**PRORROGAS**	0	
VALOR ADICIONADO		**CDP DE LA ADICIÓN:**		**CRP DE LA ADICIÓN:**		**TIEMPO PRORROGADO:**	
VALOR ADICIONADO		**CDP DE LA ADICIÓN:**		**CRP DE LA ADICIÓN:**		**TIEMPO PRORROGADO:**	

III. POLIZAS

¿PACTÓ 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 actividades especificas realizadas durante el mes)

ITEM	
1	DESARROLLO DE ACTIVIDADES EN TERRENO COMO CARACTERIZACION Y ACTUALIZACION DE FAMILIAS
2	UBICACIÓN DE MANZANAS EN TERRITORIO PARA SU DEBIDO ABORDAJE
3	CAPACITACION DE APLICATIVO CON INGENIERA SOBRE SU ACTUALIZACION Y DEBIDFO DILIGENCIAMENTO
4	CARGUE DE FAMILIAS EN APLICATIVO CARACTERIZADAS EN TERRENO CON SU DEBIDIDO DILIGENCIAMIENTO DE INFORMACION RECOLECTADA EN CADA VISITA, ASÍ COMO PLANES DE CUIDADO Y COMPROMISOS LOS CUALES SE LLEGARON A PACTAR CON CADA FAMILIA VISITADA
5	DILIGENCIAMIENTO DE FORMATOS DE CANALIZACION PARA UNA EFECTIVA VALORACION MEDICA POR PARTE DE LOS PROFESIONALES DEPENDIENDO DE LAS NECESIDADES DE CADA FAMILIA O INTEGRANTE DE LA MISMA
6	CUMPLIMIENTO DE META ASIGNADA POR LA SDS Y LA SUBRED
7	VALORACIONES GENERALES QUE INCLUYEN TOMA DE SIGNOS VITALES, INFORMACION DE ESTADO DE SALUD DE LOS INTEGRANTES DE LA FAMILIA
8	ENTREGAR OPORTUNAMENTE SOPORTES REQUERIDOS DENTRO DEL PERFIL DEL CONVENIO
9	ASISTENCIA REUNIONES DE EQUIPO Y FORTALECIMIENTO, CONVOCADAS POR LIDERES OPERATIVOS
10	DAR CUMPLIMIENTO A LA META ESTIPULADA

V. INFORMACIÓN DE APORTES A SEGURIDAD SOCIAL

No. DE PLANILLA:	CERTIFICACIONES	**OPERADOR:**	APORTES EN LINEA

CONCEPTO DEL PAGO	**ENTIDAD**	**FECHA DE PAGO**	**VALOR PAGADO**
SALUD:	SALUD TOTAL		
PENSIÓN:	PORVENIR		
RIESGOS LABORALES:	SURA		
OTRO			
	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 IBC se calculó 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 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 período correspondiente

NOMBRE Y FIRMA DEL CONTRATISTA: EDER DUVAN CANTILLO MARQUEZ
CC: 1.023.915.904
CEL 3226762522

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-014 VERSIÓN : 6 FECHA:**

DATOS DEL CONTRATISTA			
FECHA DE DILIGENCIAMIENTO:	**07/05/2025**		
NOMBRES Y APELLIDOS:	EDER DUVAN CANTILLO MARQUEZ	**CC:**	1.023.915.904
		RUT (NIT):	1.023.915.904
CORREO ELECTRÓNICO:	duvancantillod414@gmail.com	**TELÉFONO:**	3226762522
DIRECCIÓN DOMICILIO:	CR 3C ESTE 36H 67 SUR	**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:	NEQUI				
NOMBRE DEL BANCO (APLICA CUANDO EL BANCO NO SE ENCUENTRE EN LA LISTA DESPLEGABLE)		**TIPO DE CUENTA:**	AHORROS	**Nº CUENTA:**	87066940689

NÚMERO DEL CONTRATO Y DATOS DE LA ÚLTIMA ADICIÓN (PERIODO OBJETO DE PAGO)					
Nº DEL CONTRATO:	PS 4554 2025	250	**Nº. CRP:**	10591	PLAZO DEL CONTRATO INCLUIDAS PRORROGAS:
FECHA DE INICIO CONTRATO	06/02/2025	**FECHA DE TERMINACIÓN CONTRATO:**	09/04/2025		TOTAL DEL CONTRATO INCLUIDO ADICIONES: $ 5.412.581
PERIODO OBJETO DE COBRO:	DEL 06/02/2025 AL 28/02/2025				
VALOR A PAGAR CORRESPONDIENTE AL PERIODO OBJETO DE COBRO EN (LETRAS Y NUMEROS)	$ 497.125				
	CUATROCIENTOS NOVENTA Y SIETE MIL CIENTO VEINTICINCO PESOS				

NOMBRE Y FIRMA DEL CONTRATISTA: EDER DUVAN CANTILLO MARQUEZ
CC: 1.023.915.904
CEL: 3226762522

CERTIFICACIONES

SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E APOYO – GESTION DE CONTRATACIÓN
FORMATO INFORME DE SUPERVISION CONTRATO DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS CODIGO: AA-A-FT-070
VERSIÓN: 2
FECHA: 2024-09-16

CELEBRADO ENTRE LA SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E Y	
NOMBRE DEL CONTRATISTA	EDER DUVAN CANTILLO MARQUEZ
NÚMERO DOCUMENTO DE IDENTIDAD	1.023.915.904

I. INFORMACION GENERAL DEL CONTRATO DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS

OBJETO DEL CONTRATO:	PRESTAR SERVICIOS COMO PROMOTOR 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 4554 2025			FECHA INICIO CONTRATO	06/02/2025
VALOR INICIAL DEL CONTRATO	$ 5.412.581				
VALOR TOTAL DEL CONTRATO INCLUIDO ADICIONES	$ 5.412.581			VALOR DE HONORARIOS PERIODO A CERTIFICAR:	$ 497.125
Nº PAGO / Nº DE INFORME:	2 de 2	Nº CRP INICIAL:	10591	Nº CDP INICIAL DEL CONTRATO	250
PLAZO DEL CONTRATO INCLUYENDO PRORROGAS	DOS(2)MESES Y (3)DIAS				
Nº DE PLANILLA DE PAGO DE SEGURIDAD SOCIAL:	CERTIFICACIONES	OPERADOR:			
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

Nº DE MODIFICACIÓN:	0	TIPO DE MODIFICACIÓN (ADICIÓN – PRÓRROGA):				0	0
VALOR ADICIONADO		CDP DE LA ADICIÓN:		RP DE LA ADICIÓN:		TIEMPO PRORROGADO:	
VALOR ADICIONADO		CDP DE LA ADICIÓN:		RP DE LA ADICIÓN:		TIEMPO PRORROGADO:	

III. POLIZAS (SI APLICA)

Nº DE PÓLIZA:		NOMBRE DE LA ASEGURADORA:	
FECHA DE LA PÓLIZA		ACTO ADMINISTRATIVO DE	

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 06/02/2025 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

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:

EDER DUVAN CANTILLO MARQUEZ, identificado(a) con cédula de ciudadanía **1.023.915.904**, se encuentra afiliado(a) al **Fondo de Pensiones Obligatorias Porvenir**.

La presente certificación se expide el 18 de Febrero del 2025.

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.

ARL

sura

Medellin, 18 de febrero de 2025

LA DIRECCIÓN DE AFILIACIONES Y RECAUDOS HACE CONSTAR:

Que EDER DUVAN CANTILLO MARQUEZ con documento de identidad C1023915904, se encuentra afiliado(a) a la Administradora de Riesgos Laborales SEGUROS DE VIDA SURAMERICANA S.A. como trabajador(a) de SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIE con NIT N900959051.

A continuación, se relacionan las fechas de afiliación:

Información general de la afiliación							
Fecha inicio	Fecha fin	Tipo cotizante	Centro de trabajo	Código C.T	Clase de riesgo	Tasa cotización	Estado cobertura
2025-02-04	3000-12-31	INDEPENDIENTE CON CONTRATO DE PRESTACION DE SERVICIOS SUPERIOR A UN MES	TRABAJADORES INDEPENDIENTES	0000000001	3	2.436	EN COBERTURA



VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA

Nequi

(+57) 300 600 0100
Carrera 48 # 26 - 85
Medellín Colombia
www.nequi.com.co

Certificado de depósito de bajo monto

Viernes, 24 de enero de 2025

A quien pueda interesar

Nos permitimos informar que EDER DUVAN CANTILLO MARQUEZ identificado con cédula de ciudadanía 1023915904, al día de hoy es titular de un depósito de bajo monto con las siguientes características:

Número de Depósito Nequi	Número de producto interno	Estado	Fecha de apertura
3226762522	87066940689	ACTIVA	02-03-2024

Para pagos desde empresas y nómina el código de Nequi en ACH Colombia es 1507.

Un saludo
Equipo Nequi

BANCOLOMBIA S.A. Establecimiento Bancario.
VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA