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: 7** **FECHA: 2025-06-09**

DATOS DEL CONTRATISTA			
FECHA DE DILIGENCIAMIENTO: (31/03/2026)			
NOMBRES Y APELLIDOS:	MARISELLA LYSETH BELTRAN VALDERRAMA	**CC:**	1023,900,994
CORREO ELECTRÓNICO:	LISETH2524@GMAIL.COM	**TELÉFONO:**	3106259799
DIRECCIÓN DOMICILIO:	CL 40 SUR 2 29 ESTE	**CIUDAD:**	BOGOTA

Manifiesto bajo la gravedad del juramento	
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:	**BANCO DAVIVIENDA S.A**	**TIPO DE CUENTA:**	***AHORROS***	**N° CUENTA:**	***8400856004***

DATOS DEL PERIODO OBJETO DE PAGO			
N° DEL CONTRATO:	**PS 7635 2025**	**VALOR CORRESPONDIENTE AL PERIODO OBJETO DE COBRO**	**$ 2.940.300**
FECHA DE INICIO CONTRATO	14/10/2025	**FECHA DE TERMINACIÓN CONTRATO:**	31/03/2026
PERIODO OBJETO DE COBRO:	DEL 2026/03/01 AL 2026/03/31		

Lyseth B.

MARISELLA LYSETH BELTRAN VALDERRAMA
C.C. 1,023,900,994
Cel: 3106259799

Powered by CamScanner

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 Y SUPERVISION DE ACTIVIDADES DEL CONTRATO DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS Y DE APOYO A LA GESTIÓN**	**CÓDIGO: AP-IA-FT-077** **VERSIÓN: 2** **FECHA: 2025-06-09**

CELEBRADO ENTRE LA SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E Y
MARISELLA LYSETH BELTRAN VALDERRAMA

		CON C.C N°	1.023.900.994	
OBJETO DEL CONTRATO:	PRESTAR SERVICIOS DE APOYO A LA GESTION COMO GESTOR TECNICO MAS BIENESTAR 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 DESARROLLO DEL CONVENIO MAS BIENESTAR			
CONTRATO DE PRESTACION DE SERVICIOS PROFESIONALES No.	PS 7635 2025		**FECHA INICIO CONTRATO**	14/10/2025
VALOR INICIAL DEL CONTRATO	**$** 1.788.480	**No. HORAS EJECUTADAS**	181,5	
VALOR TOTAL DEL CONTRATO INCLUIDO ADICIONES:	**$** 19.673.280		**VALOR DE HONORARIOS PERÍODO A CERTIFICAR:**	**$ 2.940.300**
PLAZO TOTAL DEL CONTRATO INCLUIDO PRORROGAS	SEIS (6) MESES			
UNIDAD FUNCIONAL EJECUCIÓN DE ACTIVIDADES:	CENTRO DE SALUD PRIMERO DE MAYO			
NOMBRE DEL SUPERVISOR:	HAROLD ROLANDO DELGADO GOMEZ			

II. 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)

ITEM	
1	1. OBLIGACIÓN PRESTAR SUS SERVICIOS CON CALIDAD Y OPORTUNIDAD, PARA EL DESARROLLO DE LAS ACTIVIDADES DEL CONVENIO MÁS BIENESTAR EQUIPOS BÁSICOS EXTRAMURALES, SUSCRITO ENTRE EL FONDO FINANCIERO DISTRITAL Y LA SUBRED. 1.1 Actividades desarrolladas Ejecuté intervenciones extramurales garantizando la aplicación de protocolos y normativas vigentes, asegurando oportunidad en la atención y adecuada interacción con la comunidad. 1.2 Productos (evidencias) Registré y validé las intervenciones realizadas en los formatos institucionales aprobados (planillas, fichas y aplicativos establecidos).
2	2. OBLIGACIÓN PRESENTAR MENSUALMENTE EL CRONOGRAMA DE ACTIVIDADES A DESARROLLAR, ADICIONALMENTE CON LA FINALIZACIÓN DEL MES SE DEBE ENTREGAR UN INFORME DE LAS ACTIVIDADES DESARROLLADAS PARA LA EJECUCIÓN DE SUS ACTIVIDADES. 2.1 Actividades desarrolladas Para el periodo en curso no se presentó cronograma de ctividades. 2.2 Productos (evidencias) No aplica para el periodo
3	3. OBLIGACIÓN APOYAR LA PRESTACIÓN DE SERVICIOS EN EL DESARROLLO DEL CONVENIO MÁS BIENESTAR EQUIPOS BÁSICOS EXTRAMURALES, PRESENTANDO LA NFORMACIÓN Y/O SOPORTES QUE SE SOLICITE CONFORME A LOS ANEXOS Y LINEAMIENTOS TÉCNICOS DEL CONVENIO VIGENTE. 3.1 Actividades desarrolladas Recolecté y organicé la información requerida en los anexos técnicos, asegurando su completitud y veracidad. 3.2 Productos (evidencias) Diligencié y entregué los formatos y soportes solicitados según los lineamientos técnicos.
4	4. OBLIGACIÓN APOYAR LAS ACTIVIDADES INHERENTES AL OBJETO DEL CONTRATO PARA EL MEJORAMIENTO CONTINUO DE LA CALIDAD Y AQUELLAS DEFINIDAS DENTRO DE LOS PLANES DE MEJORAMIENTO DE LOS DIFERENTES ESTÀNDARES DE HABILITACIÓN Y ACREDITACIÓN DE SERVICIOS DE SALUD. 4.1 Actividades desarrolladas Participé en procesos relacionados con calidad, aportando al cumplimiento de los estándares establecidos según las actividades asignadas. 4.2 Productos (evidencias) Registré mi participación y generé evidencias de las acciones desarrolladas, cuando aplicó
5	5. OBLIGACIÓN REALIZAR APROPIACIÓN CONCEPTUAL DESDE SU PERFIL CON LOS ANEXOS Y LINEAMIENTOS TÉCNICOS DEL CONVENIO MÁS BIENESTAR EQUIPOS BÁSICOS EXTRAMURALES. 5.1 Actividades desarrolladas No aplica para el periodo evaluado. La apropiación conceptual y revisión de lineamientos se realizó al inicio del convenio. 5.2 Productos (evidencias) No aplica para el periodo.
6	6. OBLIGACIÓN DESARROLLAR PROCESOS DE ASISTENCIA TÉCNICA DESDE LOS DIFERENTES PROCESOS DEL CONVENIO CONFORME A SU SABER DISCIPLINAR Y PROFESIONAL. 6.1 Actividades desarrolladas Brindé apoyo técnico operativo en el desarrollo de las actividades asignadas dentro del convenio, conforme a los requerimientos establecidos. 6.2 Productos (evidencias) Registré las actividades realizadas y consolidé evidencias operativas del acompañamiento brindado, en formatos de captura y actas según correspondió.
7	7. OBLIGACIÓN REALIZAR LA REVISIÓN, ALISTAMIENTO Y ENTREGA CON CALIDAD DE CADA UNO DE LOS FORMATOS, DOCUMENTOS, BASES O INFORMES GENERADOS. 7.1 Actividades desarrolladas Verifiqué la calidad, exactitud y completitud de los formatos y documentos generados en campo antes de su entrega. 7.2 Productos (evidencias) Entregué la documentación revisada conforme a los lineamientos institucionales
8	8. OBLIGACIÓN PARTICIPAR Y GESTIONAR LOS ACERCAMIENTOS COMUNITARIOS E INSTITUCIONALES QUE SE REQUIERAN. 8.1 Actividades desarrolladas Participé en actividades de acercamiento comunitario conforme a la programación establecida por el equipo. 8.2 Productos (evidencias) Entregué los formatos y documentos generados en campo.
9	9. OBLIGACION ACTIVAR Y NOTIFICAR LOS EVENTOS DE INTERÈS EN SALUD PÚBLICA DETECTADOS. 9.1 Actividades desarrolladas Durante el periodo evaluado no se identificaron eventos de interés en salud pública que requirieran notificación. 9.2 Productos (evidencias) No aplica para el periodo
10	10. OBLIGACIÓN PARTICIPAR EN LAS ASISTENCIAS TÉCNICAS CONVOCADAS POR SDS. 10.1 Actividades desarrolladas Asistí a las convocatorias técnicas y apliqué los lineamientos recibidos en las actividades extramurales. 10.2 Productos (evidencias) Registré mi asistencia y/o presenté evidencia de participación.
11	11. OBLIGACIÓN ORGANIZAR EL ARCHIVO DE LA DOCUMENTACIÓN GENERADA DE ACUERDO CON LA NORMATIVIDAD Y TABLA DE RETENCIÓN DOCUMENTAL. 11.1 Actividades desarrolladas Clasifiqué y entregué los formatos de captura, y la documentación generada conforme a la normatividad vigente. 11.2 Productos (evidencias) Organicé y entregué los formatos físicos conforme a las directrices institucionales.
12	12. OBLIGACIÓN REALIZAR LAS DEMÁS OBLIGACIONES QUE SE RELACIONEN CON EL OBJETO DEL CONTRATO Y QUE SEAN REQUERIDAS POR LA SUPERVISIÓN. 12.1 Actividades desarrolladas Ejecuté actividades adicionales asignadas, enmarcadas en el objeto contractual y conforme a los procedimientos establecidos. 12.2 Productos (evidencias) Registré y evidencié el cumplimiento de las actividades asignadas.
13	13. OBLIGACIÓN REALIZAR CARACTERIZACIÓN SOCIODEMOGRÁFICA A COMPLETITUD, CON CALIDAD Y VERACIDAD. 13.1 Actividades desarrolladas Apliqué los instrumentos de caracterización sociodemográfica y tamizajes establecidos conforme a los lineamientos vigentes. 13.2 Productos (evidencias) Diligencié los formatos de caracterización completos con sus respectivos tamizajes y registros.
14	14. OBLIGACIÓN DILIGENCIAR LA INFORMACIÓN DE LA CARACTERIZACIÓN SOCIODEMOGRÁFICA EN EL APLICATIVO GTAPS DIARIAMENTE. 14.1 Actividades desarrolladas Registré la información de caracterización en el aplicativo GTAPS dentro de las primeras 24 horas de la intervención, garantizando calidad del dato. 14.2 Productos (evidencias) Generé el soporte de registro y reporte de carga en el aplicativo.
15	15. OBLIGACIÓN PRESENTAR EL CRONOGRAMA DE ACTIVIDADES E INSUMOS PREPARADOS. 15.1 Actividades desarrolladas No aplica para el periodo evaluado. 15.2 Productos (evidencias) No aplica para el periodo.
16	16. OBLIGACIÓN PRESENTAR MAPA Y MATRIZ DEL EJERCICIO DE CARTOGRAFÍA REALIZADO. 16.1 Actividades desarrolladas Durante el mes no se desarrollaron ejercicios de cartografía ni consolidación de matrices. 16.2 Productos (evidencias) No aplica para el periodo.
17	17. OBLIGACIÓN PARTICIPAR EN EL COMITÉ TERRITORIAL. 17.1 Actividades desarrolladas Participé en los espacios de análisis territorial convocados durante el periodo, cuando fueron programados. 17.2 Productos (evidencias) Deje registro en el acta de comité territorial, cuando aplicó
18	18. OBLIGACIÓN REALIZAR EL REGISTRO DE LAS ACTIVIDADES EN LOS INSTRUMENTOS DEFINIDOS. 18.1 Actividades desarrolladas Registré la información de visitas e intervenciones en los instrumentos físicos y digitales definidos. 18.2 Productos (evidencias) Diligencié las planillas y registros correspondientes
19	19. OBLIGACIÓN GESTIONAR Y ACTIVAR LOS RIESGOS EN SALUD IDENTIFICADOS. 19.1 Actividades desarrolladas Gestioné los riesgos identificados conforme a los lineamientos establecidos y según correspondió en cada caso. 19.2 Productos (evidencias) Registré la gestión y activación de rutas de atención, cuando aplicó.
20	20. OBLIGACIÓN CUMPLIR CON TODAS LAS OBLIGACIONES ESTABLECIDAS EN EL ANEXO TÉCNICO DEL CONVENIO. 20.1 Actividades desarrolladas Desarrollé las actividades asignadas conforme a los lineamientos técnicos, operativos y al objeto del convenio. 20.2 Productos (evidencias) Elaboré y presenté el informe de cumplimiento de actividades según metas y productos del anexo técnico.

III. VERIFICACION DE ACTIVIDADES DESARROLLADAS

Powered by CamScanner

SE VERIFICA QUE HA CUMPLIDO CON LAS ACTIVIDADES ASIGNADAS DURANTE EL MES O PERIODO EJECUTADO 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 (2026-03-01) AL (2026-03-31)

IV. INFORMACIÓN DE APORTES A SEGURIDAD SOCIAL

No. DE PLANILLA:	9500976325	OPERADOR:	APORTES EN LINEA

CONCEPTO DEL PAGO	ENTIDAD	FECHA DE PAGO	VALOR PAGADO
SALUD:	COMPENSAR	11/03/2026	$ 218.900
PENSIÓN:	COLFONDOS	11/03/2026	$ 280.200
RIESGOS LABORALES:	SURA	11/03/2026	$ 42.700
OTRO			$ -
TOTAL PAGADO			$ 541.800

V. 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 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 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.

VI. ANEXOS
(Cuando se requiera como una de las obligaciones del contrato)

Anexar evidencias fotograficasy/o documentales que soporten las acividades realizadas en el periodo correspondiente

NOMBRE Y FIRMA DEL CONTRATISTA	Lyseth B. MARISELLA LYSETH BELTRAN VALDERRAMA CC No 1.023.900.894
FIRMA DE QUIEN VALIDA	LUZ ADRIANA CALDERON RAMIREZ SUPERVISOR ALTERNO
FIRMA DE QUIEN CONVALIDA EL CUMPLIMIENTO DE LAS OBLIGACIONES PARA EL PRESENTE PERIODO DE PAGO:	HAROLD ROLANDO DELGADO GOMEZ SUPERVISOR DEL CONTRATO

Powered by CamScanner

aportes en línea

Resumen General de Pago

DATOS GENERALES DEL APORTANTE

Identificación	dv	Razon Social	Clase Aportante	Sucursal Principal	Direccion	Ciudad-Departamento	Teléfono	Exonerado SENA e ICBF
CC 1023900994		BELTRAN VALDERRAMA MARISELLA LYSETH	INDEPENDIENTE	PRINCIPAL	calle 40 sur n°2-29este	BOGOTA-BOGOTA D.E.	2079115	No

DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION

Periodo		Clave		Tipo	Fecha		Pago		
Pensión	Salud	Pago	Planilla	Planilla	Limite	Pago	Banco	Días Mora	Valor
2026-02	2026-02	93002239	9500976325	I	2026/03/24	2026/03/11	BANCO DE OCCIDENTE	0	$541,800

LIQUIDACION DETALLADA DE APORTES

EMPLEADO					PENSION		SALUD				CCF				RIESGOS				PARAFISCALES		
No.	Identificación	Nombres	Codigo	Días	IBC	Aporte	Codigo	Días	IBC	Aporte	Codigo	Días	IBC	Aporte	Codigo	Días	IBC	Aporte	Días	IBC	Aporte
Sucursal: PRINCIPAL (1 Afiliados)					$1,750,905	$280,200			$1,750,905	$218,900			$0	$0			$1,750,905	$42,700		$0	$0
Centro de Trabajo: PRINCIPAL (1 Afiliados)					$1,750,905	$280,200			$1,750,905	$218,900			$0	$0			$1,750,905	$42,700		$0	$0
Ciudad: BOGOTA Depto: BOGOTA D.E. (1 Afiliados)					$1,750,905	$280,200			$1,750,905	$218,900			$0	$0			$1,750,905	$42,700		$0	$0
1	CC 1023900994	BELTRAN MARISELLA	231001	30	$1,750,905	$280,200	EPS008	30	$1,750,905	$218,900		0	$0	$0	14-11	30	$1,750,905	$42,700	0	$0	$0
Total Afiliados(1)					$1,750,905	$280,200			$1,750,905	$218,900			$0	$0			$1,750,905	$42,700		$0	$0

Powered by CamScanner

aportes en línea

Resumen General de Pago

DATOS GENERALES DEL APORTANTE

Identificación	dv	Razon Social	Clase Aportante	Sucursal Principal	Direccion	Ciudad-Departamento	Teléfono	Exonerado SENA e ICBF
CC 1023900994		BELTRAN VALDERRAMA MARISELLA LYSETH	INDEPENDIENTE	PRINCIPAL	calle 40 sur n°2-29este	BOGOTA-BOGOTA D.E.	2079115	No

DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION

Periodo		Clave		Tipo	Fecha		Pago		
Pensión	Salud	Pago	Planilla	Planilla	Limite	Pago	Banco	Dias Mora	Valor
2026-02	2026-02	93002239	9500976325	I	2026/03/24	2026/03/11	BANCO DE OCCIDENTE	0	$541,800

RESUMEN DE PAGO

RIESGO	CODIGO	NIT	DV	AFILIADOS	VALOR LIQUIDADO	INTERESES MORA	SALDOS E INCAPACIDADES	VALOR A PAGAR
AFP (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$280,200	$0	$0	$280,200
COLFONDOS	231001	800,227,940	6	1	$280,200	$0	$0	$280,200
ARL (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$42,700	$0	$0	$42,700
ARL SURA	14-11	890,903,790	5	1	$42,700	$0	$0	$42,700
EPS (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$218,900	$0	$0	$218,900
COMPENSAR	EPS008	860,066,942	7	1	$218,900	$0	$0	$218,900
TOTAL				1	$541,800	$0	$0	$541,800

Powered by CamScanner

EFECTIVO LTDA.
NIT: 830.131.993-1

ORDEN DE SERVICIO

N. OS: 9633755459 DV: 946828
Cliente:113237 PLANILLAS AVAL Aportes en Linea Arus Compensar Asopagos Simple Mi Plan

Fecha: 11/03/2026 10:41:11
PAP: 911832
Nombre:
Apellido 1:
NUA PLANILLA: 9500976325
TIPO DE IDENTIFICACION: CEDULA DE CIUDADANIA
NUMERO IDENTIFICACION: 1023900994
PERIODO: 202602
Referencia: 9500976325Valor: $541.800,00

Aplica condiciones particulares con el cliente beneficiario
Conserve este recibo, es el unico soporte valido para atender cualquier reclamacion.
Para reclamaciones presente este recibo: Tel. (1) 6510101.
servicioalcliente@efecty.com.co.
www.efecty.com.co

Powered by CamScanner

1 Información general
2 Condiciones
3 Bienes y servicios
4 Documentos del Proveedor
5 Documentos del contrato
6 Información presupuestal
7 **Ejecución del Contrato**
8 Modificaciones del Contrato
9 Incumplimientos

Datos guardados

Cancelar

< Evaluac

VER CONTRATO

Ejecución del Contrato

( ) Porcentaje ( ) Recepción de artículos

Plan de Pagos

¿Se requieren emisiones de códigos de autorización? ( ) Sí (•) No

Id de pago	Número de factura	Fecha de emisión	Fecha de recepción	Valor total de la factura	Estado

No existen resultados que cumplan con los criterios de búsqueda especificados

Documentos de ejecución del contrato

	Descripción	Nombre del archivo	Cargado po
☐	PS_7635_2025_CUENTA_DE_COBRO_OCTUBRE_2025.pdf	PS_7635_2025_CUENTA_DE_COBRO_OCTUBRE_2025.pdf	Proveedor
	PS_7635_2025_CUENTA_DE_COBRO_NOVIEMBRE_2025.pdf (Archivado)	PS_7635_2025_CUENTA_DE_COBRO_NOVIEMBRE_2025.pdf	Proveedor
☐	PS_7635__2025_CUENTA_DE_COBRO_NOVIEMBRE_2025.pdf	PS_7635__2025_CUENTA_DE_COBRO_NOVIEMBRE_2025.pdf	Proveedor
	PS_7635_2025_CUENTA_DE_COBRO_DICIEMBRE.pdf (Archivado)	PS_7635_2025_CUENTA_DE_COBRO_DICIEMBRE.pdf	Proveedor
☐	PS_7635_2025_CUENTA_DE_COBRO_DICIEMBRE_2025.pdf	PS_7635_2025_CUENTA_DE_COBRO_DICIEMBRE_2025.pdf	Proveedor
☐	PS_7635_2025_CUENTA_DE_COBRO_ENERO_2026.pdf	PS_7635_2025_CUENTA_DE_COBRO_ENERO_2026.pdf	Proveedor
☐	PS_7635_2025_CUENTA_DE_COBRO_FEBRERO_2026.pdf	PS_7635_2025_CUENTA_DE_COBRO_FEBRERO_2026.pdf	Proveedor

Cancelar

< Evaluac

Powered by CamScanner