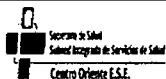
	SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E APOYO - GESTIÓN DE CONTRATACIÓN FORMATO INFORME DE EJECUCIÓN DE ACTIVIDADES DEL CONTRATO DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS Y DE APOYO A LA GESTIÓN	CÓDIGO: AP-IA-FT-077 VERSIÓN: 2 FECHA: 2024-09-16
CELEBRADO ENTRE LA SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E Y		
YANDRA EYELE PRADO HUILA		
NÚMERO DE DOCUMENTO DE IDENTIDAD:		1.000.002.965
OBJETO DEL CONTRATO:	PRESTAR SERVICIOS COMO TECNICO AMBIENTAL 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 4899 2025
FECHA INICIO CONTRATO		17/02/2025
VALOR INICIAL DEL CONTRATO	\$ 4.346.466	PLAZO INICIAL DEL CONTRATO
UN (1)MES Y VEINTITRES (23) DIAS		
VALOR TOTAL DEL CONTRATO INCLUIDO ADICIONES:	\$ 4.346.466	VALOR DE HONORARIOS PERÍODO A CERTIFICAR:
\$ 2,460,264		
Nº DE INFORME:	3	Nº CRP:
		Nº CDP:
478		
PLAZO TOTAL DEL CONTRATO INCLUIDO PRORROGAS	UN (1)MES Y VEINTITRES (23) 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		
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:		TIEMPO PRORROGADO:
VALOR ADICIONADO	CDP DE LA ADICIÓN:	CRP DE LA ADICIÓN:
TIEMPO PRORROGADO:		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 PERÍODO, 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	CIERRE DE FAMILIAS AFRO	
2	GESTIÓN DE DOCUMENTACIÓN TRANSITORIA	
3	ASISTENCIA TÉCNICA Y FORTALECIMIENTO	
4	CARACTERIZACIÓN DE FAMILIAS AFRO	
5	ACTIVIDADES ADMINISTRATIVAS COMO DILIGENCIAMIENTO DEL APLICATIVO	
6	ENTREGA DE TABLEROS AMBIENTALES A FAMILIA	
7	DILIGENCIAMIENTO Y ACTUALIZACIÓN DE CRONOGRAMA DE ACTIVIDADES	
8	DESARROLLO DE ACTIVIDADES COLECTIVAS	
9	APOYO EN KILOMBO	
10	VISITA A FAMILIAS PARA PROMOCIÓN DE LA SALUD AMBIENTAL	
V. INFORMACIÓN DE APORTES A SEGURIDAD SOCIAL		
No. DE PLANILLA:	1071099082	OPERADOR:
SIMPLE		
CONCEPTO DEL PAGO	ENTIDAD	FECHA DE PAGO
VALOR PAGADO		
SALUD:	COMPENSAR	11/03/2025
\$ 178.000		
PENSIÓN:	PORVENIR	11/03/2025
\$ 227.800		
RIESGOS LABORALES:	POSITIVA	11/03/2025
\$ 34.700		
OTRO	CCF COMPENSAR + MORA	11/03/2025
\$ 8.600		
TOTAL PAGADO		\$ 449.100
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 calculó 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 cargo 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 del 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: YANDRA EYELE PRADO HUILA C.C: 1.000.002.965 CEL 3177571480		

 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 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: 31/03/2025					
NOMBRES Y APELLIDOS:		YANDRA EYELE PRADO HUILA		CC:	1.000.002.965
CORREO ELECTRÓNICO:		yandrap24@gmail.com		RUT (NIT):	1.000.002.965
DIRECCIÓN DOMICILIO:		KR 31 B 56		TELÉFONO:	3177571480
				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:		BANCOLOMBIA			
NOMBRE DEL BANCO (APLICA CUANDO EL BANCO NO SE ENCUENTRE EN LA LISTA DESPLEGABLE)		TIPO DE CUENTA:		Nº CUENTA:	91233321899
		AHORROS			
NÚMERO DEL CONTRATO Y DATOS DE LA ÚLTIMA ADICIÓN (PERIODO OBJETO DE PAGO)					
Nº DEL CONTRATO:	PS 4899 2025	Nº CDP:	478	Nº CRP:	
					PLAZO DEL CONTRATO INCLUIDAS - PRORROGAS:
FECHA DE INICIO CONTRATO	17/02/2025	FECHA DE TERMINACIÓN CONTRATO:		09/04/2025	TOTAL DEL CONTRATO INCLUIDO ADICIONES:
					\$ 4.346.466
PERIODO OBJETO DE COBRO: DEL 01/03/2025 AL 31/03/2025					
VALOR A PAGAR CORRESPONDIENTE AL PERIODO OBJETO DE COBRO EN (LETRAS Y NÚMEROS)					
\$ 2,460,264					
DOS MILLONES CUATROCIENTOS SESENTA MIL DOSCIENTOS SESENTA Y CUATRO PESOS					
NOMBRE Y FIRMA DEL CONTRATISTA: YANDRA EYELE PRADO HUILA					
CC:		1.000.002.965			
CEL:		3177571480			



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

YANDRA EYELE PRADO HUILA

NÚMERO DOCUMENTO DE IDENTIDAD

1.000.002.965

I. INFORMACION GENERAL DEL CONTRATO DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS

OBJETO DEL CONTRATO:

PRESTAR SERVICIOS COMO TECNICO AMBIENTAL 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 4899 2025

FECHA INICIO CONTRATO

17/02/2025

VALOR INICIAL DEL CONTRATO

\$ 4.346.466

VALOR TOTAL DEL
CONTRATO INCLUIDO
ADICIONES:

\$ 4.346.466

VALOR DE HONORARIOS
PERÍODO A CERTIFICAR:

\$ 2,460,264

Nº PAGO / Nº DE INFORME:

3 de 3

Nº CRP
INICIAL:

Nº CDP INICIAL
DEL CONTRATO

478

PLAZO DEL CONTRATO
INCLUYENDO PRORROGAS

UN (1)MES Y VEINTITRES (23) DIAS

Nº DE PLANILLA DE PAGO DE SEGURIDAD SOCIAL:

1071099082

OPERADOR:

SIMPLE

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:

TIPO DE MODIFICACIÓN (ADICIÓN - PRÓRROGA):

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 **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

The first part of the document discusses the importance of maintaining accurate records of all transactions. It emphasizes that proper record-keeping is essential for ensuring the integrity of the financial system and for providing a clear audit trail. The document also highlights the need for transparency and accountability in all financial dealings.

In the second part, the focus shifts to the role of the auditor in verifying the accuracy of the records. The auditor is responsible for conducting a thorough examination of the financial statements and providing an independent opinion on their fairness and reliability. This process is crucial for building trust among investors and other stakeholders.

The third part of the document addresses the challenges faced by organizations in implementing effective internal controls. It identifies common weaknesses and provides practical advice on how to strengthen these controls to prevent fraud and errors. The importance of regular monitoring and evaluation of the control system is also stressed.

Finally, the document concludes by reiterating the significance of these practices for the long-term success and sustainability of the organization. It encourages all employees to adhere to the highest standards of ethical conduct and to take ownership of their role in maintaining the organization's financial health.

Simple

PAGOSIMPLE |

AUTOLIQUIDACION
CONSOLIDADA

Fecha creación reporte: 2025-03-13, 01:49:10 PM

Tipo Planilla:

I: PLANILLA INDEPENDIENTES

Número Planilla: 1071099082

Periodo Cotización: febrero de 2025

Periodo Servicio: febrero de 2025

PAGADO 11/03/2025

I. DATOS DEL APORTANTE

Razón Social	YANDRA EYELE PRADO HUILA		
Documento	CC1000002965	Dirección	CR 24A #18 - 43 SUR
Tipo de Empresa	INDEPENDIENTE	Teléfono	3177571480
Tipo Persona	NATURAL	Forma Presentación	ÚNICO
Ciudad	BOGOTA D.C.	Departamento	BOGOTA D.C.
Representante Legal		Identificación	
Total Afiliados	1	ARP	POSITIVA DE SEGUROS

II. DETALLE DEL APORTANTE

Datos del Afiliado				Novedades																		Pensiones			Salud			Riesgos			Cajas				Parafiscales				Total
Identificación	Apellidos y Nombres	Tipo Cotizante	Subtipo Cotizante	ING	RET	RET A	TDE	TAE	TDP	TAP	VSP	COR	VST	ICE	LMA	VAC	VCT	VPT	Días AFP	Días EPS	Días ARP	Días CCF	Administradora	IBC Pensión	Aporte Pensión	Administradora	IBC Salud	Aporte Salud	Tarifa	IBC Riesgos	Aporte Riesgos	Administradora	IBC Caja	Aporte Caja	Aporte SENA	Aporte ICBF	EBAP	Aporte Ministerio	Total
CC 1000002965	YANDRA EYELE PRADO HUILA	50	00																0	30	30	30	(230301) PORVENIR	\$ 1.423.500	\$ 227.800	(EP8008) COMPENSAR EPS	\$ 1.423.500	\$ 178.000	2,438	\$ 1.423.500	\$ 34.700	(CCF24) COMPENSAR CCF	\$ 1.423.500	\$ 8.600	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 449.100

III. TOTALES

IBC Pensión	IBC Salud	IBC Riesgos	IBC Cajas	Aportes Pensión	Aportes Salud	Aportes Riesgos	Aportes Cajas	Aportes SENA	Aportes ICBF	Aportes ESAP	Aportes Min Educación	(Incapacidades, Licencias, Saldos a Favor) EPS	Incapacidades ARP	SUBTOTAL SIN INTERESES DE MORA	TOTAL INTERESES DE MORA	TOTAL FINAL
\$ 1.423.500	\$ 1.423.500	\$ 1.423.500	\$ 1.423.500	\$ 227.800	\$ 178.000	\$ 34.700	\$ 8.600	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 449.100	\$ 0	\$ 449.100

Comprobante en línea
Pago PSE



Pago exitoso
CUS 1329226780

Comercio
SIMPLE OI

Fecha
11 marzo 2025 14:23:26

Número de factura
1071099082

Descripción del pago
Pago de Seguridad Social

Número de comprobante
TR1421166780

Producto origen
Ahorros - Bancolombia
****** 1899**

Referencia 1
10.0.19.58

Referencia 2
CC

Referencia 3
1000002965

Valor del Pago
\$449,100

Costo de la transacción
\$ 0