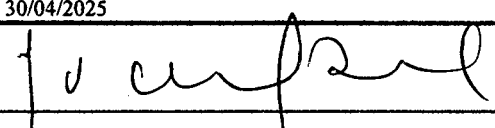


		SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E APOYO - GESTION DE CONTRATACION FORMATO INFORME DE EJECUCION DE ACTIVIDADES DEL CONTRATO DE PRESTACION DE SERVICIOS Y DE APOYO A LA GESTION		CÓDIGO: AP-IA-FT-077 VERSIÓN: 2 FECHA: 2024-09-16	
CELEBRADO ENTRE LA SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS 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	
VALOR INICIAL DEL CONTRATO		\$ 4,346,466		PLAZO INICIAL DEL CONTRATO	
VALOR TOTAL DEL CONTRATO INCLUIDO ADICIONES:		\$ 13,746,843		UN (1) MES Y VEINTITRES (23) DIAS	
VALOR DE HONORARIOS PERÍODO A CERTIFICAR:		\$ 2,484,208			
Nº DE INFORME:		5		Nº CRP:	
PLAZO TOTAL DEL CONTRATO INCLUIDO PRORROGAS		CINCO (5) MESES Y CATORCE (14) DIAS			
UNIDAD FUNCIONAL EJECUCIÓN DE ACTIVIDADES:		SA2 SEDE ADMINISTRATIVA SAN JOSE OBRERO			
NOMBRE DEL SUPERVISOR:		LORENZA BECERRA CAMARGO - DIRECTOR TECNICO CODIGO 009 GRADO 005			
II. MODIFICACIONES CONTRACTUALES					
Nº DE MODIFICACIONES DEL CONTRATO:		1		PRORROGAS	
VALOR ADICIONADO		S 9,400,377		TRES (3) MESES Y VEINTIUN (21) DIAS	
VALOR ADICIONADO		CDP DE LA ADICIÓN:		CDP DE LA ADICIÓN:	
III. POLIZAS					
¿PACTO POLIZAS EN SU CONTRATO?		SI		NO	
Nº DE PÓLIZA:		NOMBRE DE LA ASEGURADORA:		FECHA DE APROBACIÓN:	
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)					
1 CIERRE DE FAMILIAS AFRO					
2 GESTION DE DOCUMENTACIÓN TRANSITORIA					
3 ASISTENCIA TÉCNICA Y FORTALECIMIENTO					
4 CARACTERIZACIÓN DE FAMILIAS AFRO					
5 ACTIVIDADES ADMINISTRATIVAS (CÓMO 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:		1071902986		OPERADOR:	
CONCEPTO DEL PAGO		ENTIDAD		FECHA DE PAGO	
SALUD:		COMPENSAR		11/04/2025 / \$ 178,000	
PENSIÓN:		PORVENIR		11/04/2025 / \$ 227,800	
RIESGOS LABORALES:		POSITIVA		11/04/2025 / \$ 34,700	
OTRO		CCF COMPENSAR + MORA		11/04/2025 / \$ 8,600	
TOTAL PAGADO		\$		449,100	
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 IRC se calculó sobre el 40% de los ingresos cancelados del mes anterior pago del cual anexo copia simple, sin que en ningún caso el IRC 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 al actualizado 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					
NOMBRE Y FIRMA DEL CONTRATISTA: YANDRA EYELE PRADO HUILA CC: 1.000.002.965 CEL 317571480					

 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: 2024-09-16	
DATOS DEL CONTRATISTA					
FECHA DE DILIGENCIAMIENTO: 30/04/2025					
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:	1185	Nº. CRP:	
				PLAZO DEL CONTRATO INCLUIDAS PRORROGAS: CINCO (5) MESES Y CATORCE (14) DIAS	
FECHA DE INICIO CONTRATO	17/02/2025	FECHA DE TERMINACIÓN CONTRATO:		31/07/2025	TOTAL DEL CONTRATO INCLUIDO ADICIONES: \$ 13,746,843
PERIODO OBJETO DE COBRO:	DEL 01/04/2025 AL 30/04/2025				
VALOR A PAGAR CORRESPONDIENTE AL PERIODO OBJETO DE COBRO EN (LETRAS Y NUMEROS)	\$ 2,484,208 DOS MILLONES CUATROCIENTOS OCHENTA Y CUATRO MIL DOSCIENTOS OCHO PESOS				
NOMBRE Y FIRMA DEL CONTRATISTA: YANDRA EYELE PRADO HUILA					
CC:	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 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:		\$ 13,746,843			VALOR DE HONORARIOS PERÍODO A CERTIFICAR:		\$ 2,484,208
N° PAGO / N° DE INFORME:		5 de 5		N° CRP INICIAL:		N° CDP INICIAL DEL CONTRATO 478	
PLAZO DEL CONTRATO INCLUYENDO PRORROGAS		CINCO (5) MESES Y CATORCE (14) DIAS					
N° DE PLANILLA DE PAGO DE SEGURIDAD SOCIAL:		1071902986		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							
N° DE MODIFICACIÓN:		1		TIPO DE MODIFICACIÓN (ADICIÓN - PRÓRROGA):		ADICIÓN (1) PRÓRROGA (1)	
VALOR ADICIONADO		\$ 9,400,377		CDP DE LA ADICIÓN: 1185		RP DE LA ADICIÓN: TIEMPO PRORROGADO: TRES (3) MESES Y VEINTIUN (21) 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							
<u>SE VERIFICA QUE HA CUMPLIDO CON LAS ACTIVIDADES ASIGNADAS DURANTE EL MES O PERIODO LABORADO Y SE APRUEBA PARA EL PAGO RESPECTIVO.</u>							
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 01/04/2025 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: LILIANA TELLEZ VALBUENA PROFESIONAL ESPECIALIZADO, LIDER CONVENIO MAS BIENESTAR			

Simple.

PAGOSIMPLE |

AUTOLIQUIDACION
CONSOLIDADA

Fecha creación reporte: 2025-04-11, 10:38:14 AM

Tipo Planilla:

I: PLANILLA INDEPENDIENTES

Número Planilla: 1071902986

Período Cotización: marzo de 2025

Período Servicio: marzo de 2025

PAGADO 11/04/2025

I. DATOS DEL APORTANTE

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

II. DETALLE DEL APORTANTE

Datos del Afiliado				Novedades												Pensiones			Salud			Riesgos			Cajas			Parafiscales					Total																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																									
Identificación	Apellidos y Nombres	Tipo Cotización	Subtipo Cotización	ING	RET	RET P	TRE	TRE P	TAS	TAS P	VER	VER P	COR	COR P	GLN	GLN P	VAL	VAL P	VCT	VCT P	IBS AFP	IBS AFP P	IBS AFP	IBS AFP P	IBS AFP	IBS AFP P	Tarifa	IBS Riesgos	Aporte Riesgos	Administradores	IBS Caja	Aporte Caja	Aporte SERA	Aporte ICOP	ESAP	Aporte Ministerio	Total																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																					
CC 1000002965	YANDRA EYELE PRADO HUILA	56	00																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																							



Comprobante en línea
Pago PSE

11 Abr 2025 10:32:28



Pago exitoso
CUS 1404191360

Comercio
SIMPLE OI

Referencia 1
10.0.19.58

Fecha
11 Abr 2025 10:32:28

Referencia 2
CC

Número de factura
1071902986

Referencia 3
1000002965

Descripción del pago
Pago de Seguridad Social

Valor del Pago
\$449,100

Número de comprobante
TR1029381360

Costo de la transacción
\$ 0

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

100-100000

100-100000
100-100000
100-100000

100-100000
100-100000

100-100000
100-100000

100-100000
100-100000

100-100000
100-100000

100-100000
100-100000

100-100000
100-100000

100-100000
100-100000

100-100000
100-100000

100-100000
100-100000

100-100000
100-100000

100-100000
100-100000

100-100000
100-100000

100-100000

100-100000