

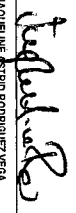
		SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E APOYO - GESTION DE CONTRATACION FORMATO INFORME DE EJECUCION DE ACTIVIDADES DEL CONTRATO DE PRESTACION DE SERVICIOS Y DE APOYO A LA GESTION		CODIGO: AP-1A-FT-077 VERSION: 2 FECHA: 2024-09-16	
CELEBRADO ENTRE LA SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E Y					
JAQUELINE ASTRID RODRIGUEZ VEGA					
NUMERO DE DOCUMENTO DE IDENTIDAD:			23.430.613		
OBJETO DEL CONTRATO:		PRESTAR SERVICIOS COMO PROFESIONAL ESPECIALIZADO 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 N°:			PS 5194 2024		FECHA INICIO CONTRATO:
					24/10/2024
VALOR INICIAL DEL CONTRATO \$		6.970.808		PLAZO INICIAL DEL CONTRATO:	
				UN (1) MES Y DIEZ (10) DIAS	
VALOR TOTAL DEL CONTRATO INCLUIDO ADICIONES: \$		6.970.808		VALOR DE HONORARIOS PERIODO A CERTIFICAR: \$	
				1.219.891	
N° DE INFORME:		1		N° CRP:	
				44720	
PLAZO TOTAL DEL CONTRATO INCLUIDO PRORROGAS:		UN (1) MES Y DIEZ (10) DIAS			
UNIDAD FUNCIONAL EJECUCION 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 MODIFICACIONES DEL CONTRATO:		N/A		TIPO DE MODIFICACION:	
				ADICIONES (NUMERO)	
VALOR ADICIONADO \$		CDP DE LA ADICION:		3662	
				CRP DE LA ADICION:	
				44720	
				TIEMPO PRORROGADO:	
III. POLIZAS					
(PACIO POLIZAS EN SU CONTRATO)		SI		NO	
				X	
N° DE POLIZA:		NOMBRE DE LA ASEGURADORA:			
FECHA DE LA POLIZA:		FECHA DE APROBACION:			
IV. ACTIVIDADES REALIZADAS EN EL PERIODO, DE ACUERDO CON EL OBJETO Y LAS OBLIGACIONES ESTABLECIDAS EN EL CONTRATO (Deben ser coherentes con las obligaciones especificas del contrato realizadas durante el mes)					
1	CONVOCATORIA A LOS PROFESIONALES Y PROMOTRES A LAS CAPACITACIONES DE FORTALECIMIENTOS EN LINEAMINETOS DE EQUIPOS BASICOS EXTARMURAL HOGAR EBEN				
2	REALIZAR SEGUIMIENTO A LA ASISTENCIA POR PARTE DEL EQUIPO A LOS FORTALECIMIENTOS CONVOCADOS				
3	ARTICULACION CON LOS DIFERENTES LIDERES DE LAS UNIDADES PARA LA SOLICITUD DE AUDITORIS PARA LAS CONVOCATORIAS DE LOS FORTALECIMIENTOS PRESENCIALES DE LOS LINEAMIENTOS				
4	PROPORCIONAR INFORMACION DEL TALENTO HUMANO A LOS EQUIPOS TRANSVERSALES Y COORDINACION				
5	REALIZAR SEGUIMIENTO A LAS ACTIVIDADES QUE REPORTARON LOS PROFESIONALES PARA GARANTIZAR EL DILIGENCIAMIENTO OPORTUNO Y PERTINENTE CON LA CALIDAD DE SUS ACTIVIDADES PARA EL MES EN CURSO.				
6					
7					
8					
9					
10					

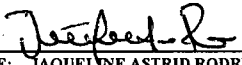
11	
12	
13	
14	
15	

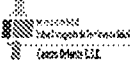
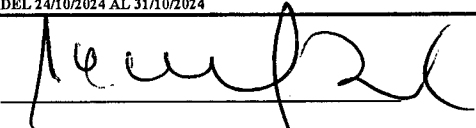
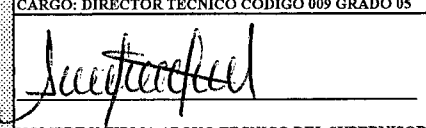
V. INFORMACION DE FUENTES Y SEGURIDAD SOCIAL				
Nº DE PLANTILLA	Nº	ENTIDAD	OPERACION	N/A
CONCEPTO DEL PAGO			FECHA DE PAGO	
PENSIONES		CONFERENCIA	N/A	5
RISGOS LABORALES		SUBA	N/A	5
OTRO		N/A	N/A	5
TOTAL PAGADO				15
VI. DECLARACIONES DEL CONTRATISTA				

1. Que durante la vigencia de este contrato, dentro del periodo de cobro.
2. Que efectúe el pago de la Seguridad Social donde el 10% de los ingresos excedidos del mes anterior pago del cual sustra copia simple, sin que en ningún caso el IEC sea inferior a 1 S.M.O.V. (de ser el primer pago adjunto certificación de afiliación a rpi, wd, pension, rpi)
3. Que adjunte evidencia del campo en el aplicativo except de la cuenta correspondiente al mes objeto de cobro.
4. Que entregue los impuestos a que estoy obligado a pagar, por ocasión al estado contra.

VII. ANEXOS	
(Cuando se requiera como una de las obligaciones del contrato)	
Anexo: evidencia fotográfica y/o documentos que respalden las actividades realizadas en el periodo correspondiente	


 JOAQUÍN ESTRO RODRÍGUEZ
 NOMBRE Y FIRMA DEL CONTRATISTA
 CC. 23.432.413
 CEL. 310692735

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: 30/11/2024						
NOMBRES Y APELLIDOS:		JAQUELINE ASTRID RODRIGUEZ VEGA			CC:	23.430.613
CORREO ELECTRÓNICO:		JAQUERODRIVE1@GMAIL.COM			RUT (NIT):	
DIRECCIÓN DOMICILIO:		CL 65 111 38			TELÉFONO:	3105892795
					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.						
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		BANCOLOMBIA		TIPO DE CUENTA:	AHORROS	N° CUENTA:
NOMBRE DEL BANCO (APLICA CUANDO EL BANCO NO SE ENCUENTRE EN LA LISTA DESPLIEGABLE)						89563115116
NÚMERO DEL CONTRATO Y DATOS DE LA ÚLTIMA ADICIÓN (PERIODO OBJETO DE PAGO)						
N° DEL CONTRATO:	PS 5194 2024	N° CDP:	3662	N° RP:	44720	PLAZO DEL CONTRATO INCLUIDAS PRORROGAS: UN (1) MES Y DIEZ (10) DIAS
FECHA DE INICIO CONTRATO	24/10/2024	FECHA DE TERMINACIÓN CONTRATO:	31/11/2024			VALOR TOTAL DEL CONTRATO INCLUIDO ADICIONES :
PERIODO OBJETO DE COBRO:	DEL 24/10/2024 AL 31/10/2024					
VALOR A PAGAR CORRESPONDIENTE AL PERIODO OBJETO DE COBRO EN (LETRAS Y NÚMEROS)	\$ 1.219.891					
UN MILLON DOSCIENTOS DIECINUEVE MIL OCHOCIENTOS NOVENTA Y UN PESOS M/CTE						
						
NOMBRE: JAQUELINE ASTRID RODRIGUEZ VEGA						
CC 23.430.613						
CEL 3105892795						

		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-1A-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			JAQUELINE ASTRID RODRIGUEZ VEGA		
NÚMERO DOCUMENTO DE IDENTIDAD			23.430.613		
I. INFORMACIÓN GENERAL DEL CONTRATO DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS					
OBJETO DEL CONTRATO:		PRESTAR SERVICIOS COMO PROFESIONAL ESPECIALIZADO 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 CONVENIO MAS BIENESTAR			
CONTRATO DE PRESTACION DE SERVICIOS PROFESIONALES No.		PS 5194 2024		FECHA INICIO CONTRATO	
				24/10/2024	
VALOR INICIAL DEL CONTRATO		\$ 6.970.808			
VALOR TOTAL DEL CONTRATO INCLUIDO ADICIONES		\$ 6.970.808		VALOR DE HONORARIOS PERIODO A CERTIFICAR: \$ 1.219.891	
N° PAGO / N° DE INFORME:		1		N° CRP INICIAL: 44720 N° CDP INICIAL DEL CONTRATO: 3662	
PLAZO DEL CONTRATO INCLUYENDO PRORROGAS		UN (1) MES Y DIEZ (10) DIAS			
N° DE PLANILLA DE PAGO DE SEGURIDAD SOCIAL:		N/A		OPERADOR: N/A	
PROCESO EN DONDE SE EJECUTARON LAS ACTIVIDADES:		CONVENIO MAS BIENESTAR - DIRECCIÓN DE GESTIÓN 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:		N° ()		TIPO DE MODIFICACIÓN (ADICIÓN - PRORROGA):	
VALOR ADICIONADO:		\$		ADICION () PRORROGA ()	
		CDP DE LA		IRP DE LA TIEMPO (MESES O DIAS)	
III. POLIZAS (SI APLICA)					
¿PACTO POLIZAS EN SU CONTRATO?		SI		NO X	
N° DE PÓLIZA:				NOMBRE DE LA ASEGURADORA:	
FECHA DE LA PÓLIZA:				ACTO ADMINISTRATIVO DE	
IV. VERIFICACION DE ACTIVIDADES DESARROLLADAS					
SE VERIFICA QUE 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 cláusula "Forma de Pago, CERTIFICO el cumplimiento de las obligaciones pactadas con el contratista, para el pago correspondiente al periodo del DEL 24/10/2024 AL 31/10/2024					
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: SANTIAGO SERRANO ROJAS PERFIL: PROFESIONAL ESPECIALIZADO, LIDER CONVENIO MAS BIENESTAR			

**EL PROGRAMA DE EPS DE LA CAJA DE COMPENSACIÓN FAMILIAR
COMPENSAR
NIT 860.066.942-7**

CERTIFICA QUE

El(la) señor(a) **JAQUELINE ASTRID RODRIGUEZ VEGA** identificado(a) con Cedula Ciudadania No. 23430613, registra como contratante del Plan PC ESPECIAL CON POS con los siguientes afiliados:

Nombre	Identificación	Parentesco	Estado	Plan	Vigencia
MATHIAS EMIR CELY RODRIGUEZ	RC - 1141723898	HI	Retirado	PC ESPECIAL CON POS	Desde 20220301 Hasta 20230228

El presente certificado se expide a solicitud del (la) interesado(a), en Bogotá a los 7 días del mes de noviembre de 2024.

Observaciones:

Información sujeta a verificación por parte de COMPENSAR EPS. Cualquier aclaración, con gusto será atendida en nuestra Línea de Atención de Servicios de Salud (601) 3078088, exclusiva para Plan Complementario Especial y Plan Complementario Vital.

Cordialmente,

COMPENSAR EPS.

Elaboró: TRANSACCIONES EN LINEA

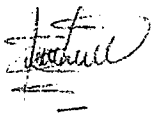
CER-PAS 13291745

LA ADMINISTRADORA COLOMBIANA DE PENSIONES - COLPENSIONES

CERTIFICA QUE

Verificada la base de datos de afiliados, el/la señor/a **JAQUELINE ASTRID RODRIGUEZ VEGA** identificado/a con documento de identidad **Cédula de Ciudadanía** número **23430613**, se encuentra afiliado/a desde **01/03/2018** al Régimen de Prima Media con Prestación Definida (RPMD) administrado por la Administradora Colombiana de Pensiones **COLPENSIONES**.

La presente certificación se expide en Bogotá, el día 07 de noviembre de 2024.



Rosa Mercedes Nino Amaya
Dirección de Afiliaciones

Nota: Certificado generado desde la página Web. Este documento no es válido para el reconocimiento de prestaciones económicas, está sujeto a verificación y no tiene costo alguno.

Certificado Bancario

Lunes, 29 de julio de 2024

Señor(a)
A QUIEN PUEDA INTERESAR

BANCOLOMBIA S.A. se permite informar que JAQUELINE ASTRID RODRIGUEZ VEGA identificado(a) con CC 23430613, a la fecha de expedición de esta certificación, tiene con el banco los siguientes productos:

Producto	No. Producto	Fecha Apertura	Estado
CUENTA DE AHORROS	89563135116	2010/10/05	CXC PENDIENTES

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

*Si desea verificar la veracidad de esta información, puede comunicarse con la Sucursal Telefónica Bancolombia los siguientes números: Medellín - Local: (60-4) 510 90 00 - Bogotá - Local: (60-1) 343 00 00 - Barranquilla - Local: (60-5) 361 88 88 - Cali - Local: (60-2) 554 05 05 - Resto del país: 01800 09 12345. Sucursales Telefónicas en el exterior: España (34) 900 995 717 - Estados Unidos (1) 1 866 379 97 14.



Catalina Cortés Uribe.
Gerente Servicios Contact Center & BPO.

Medellin, 20 de noviembre de 2024

LA DIRECCIÓN DE AFILIACIONES Y RECAUDOS HACE CONSTAR:

Que JAQUELINE ASTRID RODRIGUEZ VEGA con documento de identidad C23430613, 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
2024-10-24	3000-12-31	INDEPENDIENTE CON CONTRATO DE PRESTACION DE SERVICIOS SUPERIOR A UN MES	TRABAJADORES INDEPENDIENTES	0000000001	3	2.436	EN COBERTURA