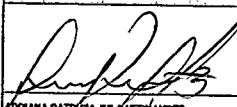
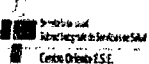
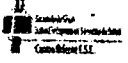
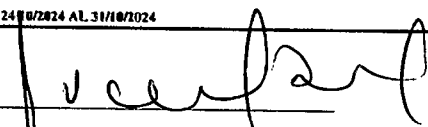
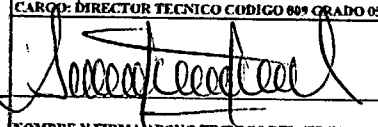


		SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E APOYO - GESTIÓN DE CONTRATACIÓN FORMATO INFORME DE EJECUCIÓN DE ACTIVIDADES DEL CONTRATO DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS Y DE APOYO A LA GESTIÓN		CÓDIGO: 4944-47-477 VERSIÓN: 1 FECHA: 2024-09-16	
CANCELADO ENTRE LA SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E Y					
ADRIANA PATRICIA JULIA HERNANDEZ					
NÚMERO DE DOCUMENTO DE IDENTIDAD:		52.741.434			
OBJETO DEL CONTRATO:	PRESTAR SERVICIOS COMO TECNICO DE AVANZADA 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 PRESTACIÓN DE SERVICIOS PROFESIONALES N.º		PS 5562 2024		FECHA INICIO CONTRATO	24/10/2024
VALOR INICIAL DEL CONTRATO \$	3.298.499		PLAZO INICIAL DEL CONTRATO	UN (1) MES Y DIEZ (10) DIAS	
VALOR TOTAL DEL CONTRATO INCLUIDO ADICIONES: \$	3.298.499		VALOR DE HONORARIOS PERIÓDICO A CERTIFICAR: \$	574.807	
N.º DE INFORME:	1		N.º CRP:	44671	N.º CDP:
PLAZO TOTAL DEL CONTRATO INCLUIDO PRORROGAS	UN (1) MES Y DIEZ (10) DIAS				
UNIDAD FUNCIONAL EJECUCIÓN DE ACTIVIDADES:			SAJ SEDE ADMINISTRATIVA SAN JOSE ORRERO		
NOMBRE DEL SUPERVISOR:			LORENZA RECTORA CAMARGO - DIRECTOR TÉCNICO COTMGO 009 GRADO 05		
II. MODIFICACIONES CONTRACTUALES					
N.º DE MODIFICACIONES DEL CONTRATO:	N/A	TIPO DE MODIFICACIÓN	ADICIONES	(NÚMERO)	PRORROGAS
VALOR ADICIONADO \$	-	CDP DE LA ADICIÓN:	N/A	CRP DE LA ADICIÓN:	N/A
TIEMPO PRORROGADO (DÍAS)		0			
III. FOLIOS					
¿FOLIO FOLIOS EN SU CONTRATO?		SI			
N.º DE FOLIO:	NO		X		
FECHA DE LA FOLIO	NOMBRE DE LA ASEGURADORA:		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 obligaciones específicas del contrato realizadas durante el mes)					
1	21/10/2024. SE ASISTE A SOCIALIZACION Y FORTALECIMIENTO DEL NUEVO CONVENIO POR PARTE DE LA SDS Y LA SUBRED				
2	24-10-2024. SE ASISTE A REUNION DE EQUIPO PARA INDUCCION GENERAL DEL NUEVO CONVENIO, ASIGNACION DE TERRITORIOS, SOCIALIZACION DEL MANEJO, CAMBIOS EN EL APLICATIVO, REUNION VIRTUAL DE FORTALECIMIENTO EN NOTIFICACIONES Y SE REALIZA FIRMA DE LISTADOS DE LA SUBRED COMO SOPORTE DE ASISTENCIA TECNICA.				
3	28-10-2024. DE 08:00AM A 01:00PM. ASISTENCIA VIRTUAL A FORTALECIMIENTO SOBRE LAS ACTIVACIONES DE RUTAS Y CAVILIZACIONES. DE 02:00PM A 05PM INDUCCION A LOS PRODUCTOS DE ABORDAJE TERRITORIAL EBCH. DE 06:00PM A 07:30PM FORTALECIMIENTO VIRTUAL RIAS Y SE REALIZA FIRMA DE LISTADOS DE LA SUBRED COMO SOPORTE DE ASISTENCIA TECNICA.				
4	29-10-2024. PROCESO DE PLANIMETRIA, RECONOCIMIENTO COMO EQUIPO Y REVISION DE SALIDA A CAMPO Y SE REALIZA FIRMA DE LISTADOS DE LA SUBRED COMO SOPORTE DE ASISTENCIA TECNICA.				
5	30-10-2024. ASISTENCIA A REENTRENAMIENTO EN EL COMPONENTE GEOGRAFICO PARA EL ABORDAJE EN CAMPO Y SE REALIZA FIRMA DE LISTADOS DE LA SUBRED COMO SOPORTE DE ASISTENCIA TECNICA.				
6	31/10/2024. SE REALIZA APROPIACION CONCEPTUAL A LINEAMIENTOS DEL NUEVO CONVENIO MAS BIENESTAR Y SE REALIZA ENTREGA DE ACTA COMO SOPORTE A LA ACTIVIDAD.				

V. INFORMACIÓN DE APORTES A SEGURIDAD SOCIAL				
NA DE PLANILLA:	N/A			
CONCEPTO DEL PAGO	ENTIDAD	OPERADOR	FECHA DE PAGO	VALOR PAGADO
SALUD	SALUD TOTAL		N/A	\$
PENSION:	PENSION		N/A	\$
RIESGOS LABORALES:	SI GUARDAS INACTIVAR		N/A	\$
OTRO	N/A		N/A	\$
TOTAL PAGADO				\$0
VI. DECLARACIONES DEL CONTRATISTA				
<p>1.- Que desarrolle las actividades descritas en el informe anexo, dentro del periodo de cobro.</p> <p>2.- Que realice el pago de la Seguridad Social donde el ITC se calcula sobre el 40% de los ingresos cancelados del mes anterior pago del cual muestre copia simple, sin que en ningún caso el ITC sea menor a 1 SMMLV (de ser el primer pago adjunta certificaciones de afiliación a cpe, arl, pensión, etc)</p> <p>3.- Que adjunte evidencia del cargo en el aplicativo de pago de la cuenta correspondiente al mes objeto de cobro.</p> <p>4.- Que manifieste los impuestos a que está obligado a pagar, por ocasión al arrolado contratado.</p>				
VII. ANEXOS				
(Cuando se requiera como una de las obligaciones del contrato)				
Adjunte evidencias fotográficas y/o documentales que apoyen las actividades realizadas en el periodo correspondiente				
 <p>ADRIANA PATRICIA JULIA HERNÁNDEZ NOMBRE Y FÓRMA DEL CONTRATISTA CC: 62.741.434 CEL: 6965311281</p>				

 SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.F. APoyo - GESTIÓN DE CONTRATACIÓN FORMATO CUENTA DE COBRO CONTRATO DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS Y DE APOYO A LA GESTIÓN		CÓDIGO: AP-1A-FT-014 VERSIÓN: 6 FECHA: 2024-09-16	
DATOS DEL CONTRATISTA			
FECHA DE INSCRIPCIÓN: 30/11/2024			
NOMBRES Y APELLIDOS:	ADRIANA PATRICIA JULIA HERNANDEZ	CC:	52.741.454
CORREO ELECTRÓNICO:	ADRIANAJULA@HOTMAIL.COM	RUT (NITE):	
DIRECCIÓN DOMICILIO:	CL 49 BIS A SUR 5 M 34	TELÉFONO:	3005313201
		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 párrafo 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:	DAVIENDA	TIPO DE CUENTA:	AHORROS
NOMBRE DEL BANCO (APLICA CUANDO EL BANCO NO SE ENCUENTRE EN LA LISTA DESPLEGABLE)		N° CUENTA:	550480900035282
NÚMERO DEL CONTRATO Y DATOS DE LA ÚLTIMA ADICIÓN (PERIODO OBJETO DE PAGO)			
N° DEL CONTRATO:	PS 5362 2024	N° CDP:	3662
		N° RP:	44671
FECHA DE INICIO CONTRATO	24/10/2024	FECHA DE TERMINACIÓN CONTRATO:	31/11/2024
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)	\$ 574.087 QUINIENTOS SETENTA Y CUATRO MIL OCHENTA Y SIETE PESOS M/TE		
NOMBRE: ADRIANA PATRICIA JULIA HERNANDEZ CC: 52.741.454 CEL: 3005313201			

<div>  <div> SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E. APOYO - GESTION DE CONTRATACION FORMATO INFORME DE SUPERVISION CONTRATO DE PRESTACION DE SERVICIOS Y APOYO A LA GESTION </div> <div> CÓDIGO: AP-IA-PT-078 VERSIÓN: 2 FECHA: 2024-09-16 </div> </div>			
CELEBRADO ENTRE LA SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E. Y			
NOMBRE DEL CONTRATISTA		ADRIANA PATRICIA JULIA HERNANDEZ	
NÚMERO DOCUMENTO DE IDENTIDAD		52741454	
I. INFORMACIÓN GENERAL DEL CONTRATO DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS			
OBJETO DEL CONTRATO:	PRESTAR SERVICIOS COMO TECNICO DE AVANZADA 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 PRESTACIÓN DE SERVICIOS PROFESIONALES No.	PS 5362 2024	FECHA INICIO CONTRATO	24/10/2024
VALOR INICIAL DEL CONTRATO	\$ 3.280.499		
VALOR TOTAL DEL CONTRATO INCLUIDO ADICIONES:	\$ 3.280.499	VALOR DE HONORARIOS PERÍODO A CERTIFICAR:	\$ 574.087
Nº PAGO/Nº DE INFORME:	1	Nº CRP INICIAL:	44671
PLAZO DEL CONTRATO INCLUYENDO PRORROGAS	UN (1) MES Y DIEZ (10) DÍAS		
Nº 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			
Nº DE MODIFICACIÓN:	Nº ()	TIPO DE MODIFICACIÓN (ADICIÓN - PRORROGA):	ADICIÓN ()
VALOR ADICIONADO	\$	CDP DE LA	PRORROGA ()
		RP DE LA	(MESES O DÍAS)
III. POLIZAS (SI APLICA)			
¿PACTO POLIZAS EN SU CONTRATO?	SI	NO	X
Nº DE POLIZA:		NOMBRE DE LA ASEGURADORA:	
FECHA DE LA POLIZA		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, las 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 cargo: 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, LÍDER CONVENIO MAS BIENESTAR	



BOGOTA, Noviembre 13 de 2024

Señora:
JULA HERNANDEZ ADRIANA PATRICIA
CC. 52741454
CL 49A BIS SUR NO 5M 34.. - 0
Ciudad

Ref: M-PYGA-F065. SOLICITUD INFORMACIÓN - AFILIACIÓN SALUD TOTAL EPS S.A.

En relación con el asunto de la referencia, y atendiendo su solicitud, nos permitimos informarle que a la fecha de expedición de la presente comunicación consta en nuestra base de datos que su afiliación al régimen contributivo de Salud Total EPS S.A. se realizó a partir de Marzo 13 de 2022. Los usuarios inscritos en su afiliación son:

Nombre	Documento	Tipo	Afiliación	Sem cot	Sem Ant	Parentesco	Estado Afiliación	Fecha de desafiliación EPS	Estado Actual	Discapacidad
JULA HERNANDEZ ADRIANA PATRICIA	52741454	C	Mar-13-2022	54	26	COTIZANTE	VIGENTE			Ninguna
MARTINEZ JULA SERGIO ARMANDO	1021514148	T	Mar-13-2022	54	26	HIJO MENOR DE 18 AÑOS	VIGENTE			Ninguna

De acuerdo con los registros de la base de datos, su grupo familiar presenta la siguiente relación laboral:

Razón social del aportante	Usuario en contrato	Tipo de contrato	Estado de contrato
ADRIANA PATRICIA JULA HERNANDEZ	52741454	Contrato de prestación de servicios Superior a 1 m	VIGENTE
EMPLEADOR SAT TEMPORAL	52741454	Dependiente	CERRADO

CARTA NO VALIDA PARA TRASLADO

En Salud Total apreciamos la confianza que usted ha depositado en nosotros y esperamos que usted y su familia continúen disfrutando de nuestros servicios de salud con Calidad total. Cualquier información adicional, con gusto será atendida por el personal de servicio al cliente de la sede administrativa de su ciudad, o puede comunicarse con nuestra línea gratuita 018000 1 14524 a nivel nacional o en Bogotá al teléfono 4854555.

Cordialmente,

Gerente de Operaciones Comercial
SALUD TOTAL EPS S.A.
Elaboró: Servicios en Línea

NOTA: En caso requerido, este certificado es válido para la atención a través del Régimen Subsidiado o como población vinculada, si el Estado Actual es afiliación cancelada, novedad de retiro de trabajo, afiliación no efectiva, exclusión o anulación de la afiliación, siempre y cuando al momento de retiro o exclusión no haya reportado mora. Si es mora, o cancelación por falta de pago, debe informar a su aportante que debe ponerse al día en los pagos



**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:

ADRIANA PATRICIA JULA HERNANDEZ, identificado(a) con cédula de ciudadanía **52.741.454**, se encuentra afiliado(a) al **Fondo de Pensiones Obligatorias Porvenir**.

La presente certificación se expide el 13 de Noviembre del 2024.

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.

LA ADMINISTRADORA DE RIESGOS LABORALES
DE LA COMPAÑÍA DE SEGUROS BOLÍVAR S.A.

CERTIFICA QUE:

La empresa
SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E.
Identificada con NT No. 900959051

Se encuentra amparada en caso de accidente de trabajo y enfermedad laboral según lo dispuesto en la Ley 100 de 1993 y sus normas reglamentarias, a través del contrato de Riesgos Laborales número 1505666909409, a partir del 01 de Agosto del año 2016.

La(s) persona(s) que se relaciona(n) a continuación se encuentran en nuestra base de datos de la siguiente manera:

TIPO DE IDENTIFICACIÓN	NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN	NOMBRE DEL EMPLEADO	CENTRO DE TRABAJO	CLASE	TASA	FECHA INICIO COBERTURA	FECHA DE RETIRO	TIPO COTIZANTE	ESTADO
CC	52741454	ADRIANA PATRICIA JULIA HERNANDEZ	RIESGO 3	3	2.436%	01/12/2017		IND CONTRATO PRESTACION DE SERVICIOS MAYOR A 1MES	ACTIVO

Se expide a solicitud del interesado el 13 de Noviembre del año 2024.



Firma Representante Legal

