SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E
APOYO – GESTION 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					
GERALDYN ANDREA AVILA NOGUERA					
NÚMERO DE DOCUMENTO DE IDENTIDAD:	1,024,541,788				
OBJETO DEL CONTRATO:	PRESTAR SERVICIOS COMO TECNICO AUXILIAR DE ENFERMERIA PARA DESARROLLAR ACTIVIDADES EN EL PLAN DE SALUD PUBLICA DE INTERVENCIONES COLECTIVAS DE LA SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E				
CONTRATO DE PRESTACION DE SERVICIOS PROFESIONALES No.	PS 5456 2024	**FECHA INICIO CONTRATO**	5/11/2024		
VALOR INICIAL DEL CONTRATO	$ 1,230,224	**PLAZO INICIAL DEL CONTRATO**	QUINCE (15) DIAS		
VALOR TOTAL DEL CONTRATO INCLUIDO ADICIONES:	$ 2,460,448	**VALOR DE HONORARIOS PERÍODO A CERTIFICAR:**	$ 2,460,448		
N° DE INFORME:	1	**N° CRP:**	47374	**N° CDP:**	3279
PLAZO TOTAL DEL CONTRATO INCLUIDO PRORROGAS	26 DIAS				
UNIDAD FUNCIONAL EJECUCIÓN DE ACTIVIDADES:	6PM CENTRO DE SALUD PRIMERA DE MAYO				
NOMBRE DEL SUPERVISOR:	LIDA ESPERANZA MONTENEGRO PARRA PROFESIONAL ESPECIALIZADO ÁREA DE LA SALUD CÓDIGO 242 GRADO 30				

II. MODIFICACIONES CONTRACTUALES

N° DE MODIFICACIÓNES DEL CONTRATO:	1	**TIPO DE MODIFICACIÓN**	**ADICIONES**	1	**PRORROGAS**	1	
VALOR ADICIONADO	$ 1,230,224	**CDP DE LA ADICIÓN:**	3957	**CRP DE LA ADICIÓN:**	47776	**TIEMPO PRORROGADO:**	16 DIAS
VALOR ADICIONADO		**CDP DE LA ADICIÓN:**		**CRP DE LA ADICIÓN:**		**TIEMPO PRORROGADO:**	
VALOR ADICIONADO		**CDP DE LA ADICIÓN:**		**CRP DE LA ADICIÓN:**		**TIEMPO PRORROGADO:**	
VALOR ADICIONADO		**CDP DE LA ADICIÓN:**		**CRP DE LA ADICIÓN:**		**TIEMPO PRORROGADO:**	
VALOR ADICIONADO		**CDP DE LA ADICIÓN:**		**CRP DE LA ADICIÓN:**		**TIEMPO PRORROGADO:**	
VALOR ADICIONADO		**CDP DE LA ADICIÓN:**		**CRP DE LA ADICIÓN:**		**TIEMPO PRORROGADO:**	
VALOR ADICIONADO		**CDP DE LA ADICIÓN:**		**CRP DE LA ADICIÓN:**		**TIEMPO PRORROGADO:**	

III. POLIZAS

¿PACTÓ POLIZAS EN SU CONTRATO?		**SI**		**NO**	X
N° DE PÓLIZA:	N/A	**NOMBRE DE LA ASEGURADORA:**			N/A
FECHA DE LA PÓLIZA	N/A	**FECHA DE APROBACIÓN:**			N/A

ÍTEM	IV. 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)**
1	1. OBLIGACIÓN: Prestar sus servicios con calidad y oportunidad, para el desarrollo de las actividades del Plan de Intervenciones Colectivas en el Distrito Capital según convenio PSPIC vigente y suscrito entre el FDS y la Subred 2. ACTIVIDADES DESARROLLADAS: Revisar la complementariedad de las respuestas a las RIAS y la respuesta a las canalizaciones desde el PIC y PBS, dicha mesa se realizará con 3 actores: 1. Gestión del riesgo individual SISS 2. Líder de canalización 3. GESI. En esta mesa no hay un líder, las partes están en el mismo nivel y en capacidad de generar la complementariedad. La función de GESI es la información colectiva, la de canalizaciones la calidad de la respuesta en virtud de las rutas activadas y gestión del riesgo la respuesta articulada conociendo la información colectiva para hacer de las RIAS una respuesta más aplicada a la realidad de las poblaciones y del territorio. La función de canalizaciones es, socializar las fallas en las respuestas a las canalizaciones dadas por la Subred a los afiliados de Capital Salud, así como los indicadores críticos (canalizaciones rechazadas, no ubicados, citas programadas y rechazo de servicios). El líder de Canalizaciones y el Líder de GESI, con las bases de datos descargadas en los aplicativos destinados por Nivel Central realizarán cruce de datos. En caso de inasistencia de parte de Gestión del riesgo individual de la Subred (con su respectiva evidencia); la líder de canalizaciones debe enviar vía correo a Gestión del riesgo individual de la Subred con copia al coordinador PSPIC, informe de las inconsistencias identificadas en las respuestas desde gestión del riesgo individual a las canalizaciones de las EPS a las que le genera respuestas. 3. PRODUCTO (EVIDENCIA): * Acta de reunión, cuyo desarrollo de cuenta de: Avances en la complementariedad. Socialización del cruce de las bases de datos entre las intervenciones de las acciones colectivas (GESI) vs la base de canalizaciones. Entregable: informe estadístico. Toma de decisiones a partir de los Resultados del cruce de las bases de datos de GESI y Canalizaciones. Lo anterior debe relacionarse en el Avance de ejecución plan de acción * Acciones de mejora" Informe de respuestas no pertinentes a canalizaciones por parte de gestión del riesgo individua de la subred. *Anexo 9 avance del plan
2	1. OBLIGACIÓN: Presentar mensualmente el cronograma de actividades a desarrollar 2. ACTIVIDADES DESARROLLADAS: Presentación de cronograma actividades a ejecutar en el proceso con datos entregables. Alistamiento de productos correspondientes al proceso de canalizaicones ya ctivación de ruitas. 3. PRODUCTO (EVIDENCIA): Soportes drive en medio magnético y acta.

3	1. OBLIGACIÓN: Apoyar la prestación de servicios en el Plan de Intervenciones Colectivas, presentando la información y/o soportes que se solicite conforme a los anexos y lineamientos técnicos del convenio PSPIC vigente y suscrito entre el FDS y la Subred. 2. ACTIVIDADES DESARROLLADAS: Recibir el 100% de canalizaciones generadas por todos los componentes de PSPIC entregados vía correo verificando lo siguiente: Que adjuntó el instrumento de canalización y que está nominado correctamente: No. documento generador No. documento usuario canalizado_fechageneración Registrar la canalización en el formato Excel de recepción de canalizaciones Validar la calidad de los datos registrados en el instrumento de canalización como verificación tipo aseguramiento en ADRES y el 100% de los datos del cabezote de la canalización. Al final de la validación de los dos perfiles, se debe notificar al generador cuando la canalización fue rechaza en el tiempo establecido de la validación. Entre este perfil y profesional se cuenta con 1 (un) día hábil a partir de la fecha de generación, los ajustes solo se revisarán 1 vez luego será una canalización rechazada definitivamente 3. PRODUCTO (EVIDENCIA): * 100% Validación del cabezote de las canalizaciones recibidas con excepción de las VSP. * Indicadores A8 TC_Canalizaciones
4	1. OBLIGACIÓN: Apoyar las actividades inherentes al objeto del contrato para el mejoramiento continuo de calidad y aquellas definidas dentro de los planes de mejoramiento de los diferentes estándares de habilitación y acreditación de servicios de salud 2. ACTIVIDADES DESARROLLADAS: a. Registrar el 100% de las canalizaciones en el A3_Recep_canalización b. Registrar el respectivo concepto de validación del 100% de canalizaciones en la casilla correspondiente indicando aceptación o rechazo desde su revisión. 3. PRODUCTO (EVIDENCIA): *A3_Recep_canalización. * Indicadores A8 TC_Canalizaciones
5	1. OBLIGACIÓN: Realizar apropiación conceptual desde su perfil con los anexos y lineamientos técnicos del convenio PSPIC vigente y suscrito entre el FDS y la Subred 2. ACTIVIDADES DESARROLLADAS: a. Diligenciar las variables del anexo al tiempo que valida los datos generales de la canalización de migrantes no regulares por el Anexo y respuesta de aceptación o rechazo de las canalizaciones. b. Comunicar al generador en caso de ser rechazado dicha canalización. c. Verificación en el ADRES de su estatus no regular. 3. PRODUCTO (EVIDENCIA): *A5_Migrantes. * Indicadores A8 TC_Canalizaciones – errores A5_Migrantes
6	1. OBLIGACIÓN: Realizar acciones extramurales a la población asignada a nivel individual, familiar y colectivo, desde su perfil técnico, y conforme a los anexos y lineamientos técnicos que hagan parte de la relación contractual entre la subred con el Fondo Financiero-SDS 2. ACTIVIDADES DESARROLLADAS: Direccionar el 100% de los casos canalizados y registrados en el aplicativo SIRC modalidad entre entornos y sin aseguramiento; remitirlos a quien de esta modalidad corresponda para que se realice la gestión 3. PRODUCTO (EVIDENCIA): A8 TC_Canalizaciones Evidencias de casos direccionamiento del 100% de: Canalizaciones y registrados en el aplicativo SIRC (actas, correos, drive) y de los Anexos 5 y 6 para las modalidades a
7	1. OBLIGACIÓN: Realizar acciones de promoción y prevención de la salud y de saneamiento ambiental a nivel individual, familiar y colectivo, desde su perfil técnico y conforme a los anexos y lineamientos. 2. ACTIVIDADES DESARROLLADAS: Notificar vía correo las canalizaciones sin respuestas "inoportunidades" según lo remitido por el técnico de canalizaciones, de vencimiento en los tiempos de gestión solicitando que deben ponerse al día en la respuesta a las mismas. De no hacerlo, se escalará conforme a la modalidad, así: Sin seguramiento: Cinco (5) días hábiles y Entre entornos: Quince (15) días calendario. 3. PRODUCTO (EVIDENCIA): * El 100% de las canalizaciones deben contar con notificación de Inoportunos. * Indicadores A8 TC_Canalizaciones
8	1. OBLIGACIÓN: Desarrollar procesos de asistencia técnica desde los diferentes procesos del Plan de Intervenciones Colectivas conforme a su saber disciplinar y técnico, en función de los requerimientos de los entornos y procesos transversales. 2. ACTIVIDADES DESARROLLADAS: Solicitar al nivel central los ajustes controlados: aclaraciones, precisiones, correcciones por error de digitación en el número de documento, tipo de documento y/o duplicidad, que se requieran sobre la información ingresada y registrada en el aplicativo SIRC o en aplicativo que disponga la SDS. Se aclara que, el instrumento de canalización sobre el cual se solicita el ajuste o inactivación debe ser idéntica a la solicitud realizada, en caso de que no coincida este no será realizado, así como también cuando se realice la solicitud y no adjunte el instrumento, éste no podrá realizarse. Lo anterior, según línea técnica ingresando la solicitud en el archivo que se comparte para tales fines y enviando correo de notificación, según tipos de ajustes solicitados a SDS: Por Tipo y numero de documento: Correo: dirección TIC-SDS (ja1martinez@saludcapital.gov.co) relacionando la solicitud de los ajustes y adjuntando los instrumentos de canalización. Realizar todos los viernes antes de las. 3 p.m. o jueves en caso de día no hábil. Inactivación por duplicidad: Correo enviado a profesional referente de 3. PRODUCTO (EVIDENCIA): * Evidencia de email enviado el viernes o jueves en caso de ser día no hábil, máximo hasta las 3 p.m. * Diligenciamiento de los formatos de solicitud de ajustes compatido desde SDS. * Indicadores A8 TC_Canalizaciones * Número de ajustes fallidos en Tablero de control de Calidad Canalizaciones.
9	1. OBLIGACIÓN: Activar y notificar los eventos de interés en salud pública detectados en cada una de sus intervenciones. 2. ACTIVIDADES DESARROLLADAS: Participar en las convocatorias realizadas por la SDS para Asistencias Técnicas para la orientación, fortalecimiento de capacidades técnicas y operativas y seguimiento al proceso de activación de RIAS – Canalizaciones y elaboración del producto. Reuniones para trabajar aspectos específicos en los que el nivel central requiera fortalecimiento por fallas detectadas 3. PRODUCTO (EVIDENCIA): *Acta *Resumen de puntos clave y compromisos de las asistencias técnicas en el A9 Avance Plan
10	1. OBLIGACIÓN: Organizar el archivo de la documentación generada de acuerdo a la normatividad y tabla de retención documental. 2. ACTIVIDADES DESARROLLADAS: Antes de validar las canalizaciones modalidad EAPB régimen especial debe registrarlas en el Anexo de PREVALIDACION por EAPB régimen especial y notificar vía wasap en el respectivo grupo de la EAPB dicha solicitud. Luego de recibir la respuesta de la EAPB proceder de la siguiente manera: Cuando la EPS confirma que es su afiliado proceder a la actividad Recepción de Activación de rutas en caso de que la EPS confirme que NO es su afiliado proceder registrar en el anexo 3 el motivo de rechazo. Cuenta con 1 (un) día hábil a partir de la fecha de generación 3. PRODUCTO (EVIDENCIA): * Evidencia en magnético de la solicitud y respuesta de la PREVALIDACION. * A3_Recep_canalización. * Indicadores A8 TC_Canalizaciones
11	1. OBLIGACIÓN: Realizar las demás obligaciones que se relacionen con el objeto del contrato y que sean requeridas por la supervisión Contenidas en el formato de necesidad de personal que hace parte integral del presente contrato. 2. ACTIVIDADES DESARROLLADAS: Apoyar las acciones en las que el referente de canalizaciones de la subred sea requerido a convocatorias internas y externas, adicionales a las programadas. También implica; el apoyo que, de otros actores internos requiere el líder de canalizaciones para el fortalecimiento del procedimiento de canalizaciones 3. PRODUCTO (EVIDENCIA): * Solicitud por correo Evidencia de la actividad asignada. * Indicadores A8 TC_Canalizaciones

V. INFORMACIÓN DE APORTES A SEGURIDAD SOCIAL

No. DE PLANILLA:	CERTIFICADO	**OPERADOR:**	
CONCEPTO DEL PAGO	**ENTIDAD**	**FECHA DE PAGO**	**VALOR PAGADO**
SALUD:	SALUD TOTAL		$ -
PENSIÓN:	PORVENIR		$ -
RIESGOS LABORALES:	SURA		$ -
OTRO			$ -
	TOTAL PAGADO		$ -

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 ningun 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 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.

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

Geraldine Avila

NOMBRE Y FIRMA DEL CONTRATISTA: GERALDYN ANDREA AVILA NOGUERA
CC: 1,024,541,788
CEL 3212656804

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: 30/11/2024			
NOMBRES Y APELLIDOS:	GERALDYN ANDREA AVILA NOGUERA	**CC:**	1.024.541.788
		RUT (NIT):	1024541788-4
CORREO ELECTRÓNICO:	geraldineavila521@gmail.com	**TELÉFONO:**	3212656804
DIRECCIÓN DOMICILIO:	DG 72 SUR 18I 03	**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:**	AHORROS	**N° CUENTA:**	91248748414

NÚMERO DEL CONTRATO Y DATOS DE LA ÚLTIMA ADICIÓN (PERIODO OBJETO DE PAGO)

N° DEL CONTRATO:	PS 5456 2024	**N° CDP:**	3279 - 3957	**N°. RP:**	47374 - 47776	PLAZO DEL CONTRATO INCLUIDAS PRORROGAS: 26 DIAS
FECHA DE INICIO CONTRATO	5/11/2024	**FECHA DE TERMINACIÓN CONTRATO:**		1/12/2024		TOTAL DEL CONTRATO INCLUIDO ADICIONES: $ 2.460.448
PERIODO OBJETO DE COBRO:	DEL 5/11/2024 AL 30/11/2024					
VALOR A PAGAR CORRESPONDIENTE AL PERIODO OBJETO DE COBRO EN (LETRASY NUMEROS)	$ 2.460.448					
	DOS MILLONES CUATROCIENTOS SESENTA MIL CUATROCIENTOS CUARENTA Y OCHO PESOS					

Geraldine Avila

NOMBRE Y FIRMA DEL CONTRATISTA: GERALDYN ANDREA AVILA NOGUERA
CC: 1.024.541.788
CEL: 3212656804

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	GERALDYN ANDREA AVILA NOGUERA
NÚMERO DOCUMENTO DE IDENTIDAD	1.024.541.788

I. INFORMACION GENERAL DEL CONTRATO DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS

OBJETO DEL CONTRATO:	PRESTAR SERVICIOS COMO TECNICO AUXILIAR DE ENFERMERIA PARA DESARROLLAR ACTIVIDADES EN EL PLAN DE SALUD PUBLICA DE INTERVENCIONES COLECTIVAS DE LA SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E

CONTRATO DE PRESTACION DE SERVICIOS PROFESIONALES No.	PS 5456 2024			FECHA INICIO CONTRATO	5/11/2024
VALOR INICIAL DEL CONTRATO	$ 1.230.224				
VALOR TOTAL DEL CONTRATO INCLUIDO ADICIONES:	$ 2.460.448			VALOR DE HONORARIOS PERÍODO A CERTIFICAR:	$ 2.460.448
N° PAGO / N° DE INFORME:	1 de 1	N° CRP INICIAL:	47374	N° CDP INICIAL DEL CONTRATO	3279
PLAZO DEL CONTRATO INCLUYENDO PRORROGAS	26 DIAS				
N° DE PLANILLA DE PAGO DE SEGURIDAD SOCIAL:	CERTIFICADO			OPERADOR:	
PROCESO EN DONDE SE EJECUTARON LAS ACTIVIDADES:	GSP PSPIC - MACRO, MESO Y MICRO				
UNIDAD FUNCIONAL DE EJECUCIÓN DE ACTIVIDADES:	6PM CENTRO DE SALUD PRIMERA DE MAYO				
NOMBRE DEL SUPERVISOR:	LIDA ESPERANZA MONTENEGRO PARRA PROFESIONAL ESPECIALIZADO ÁREA DE LA SALUD CÓDIGO 242 GRADO 30				

II. MODIFICACIONES CONTRACTUALES

N° DE MODIFICACIÓN:	1	TIPO DE MODIFICACIÓN (ADICIÓN – PRÓRROGA):				ADICIÓN (1)	PRÓRROGA (1)
VALOR ADICIONADO	$ 1.230.224	CDP DE LA ADICIÓN:	3957	RP DE LA ADICIÓN:	47776	TIEMPO PRORROGADO:	16 DIAS
VALOR ADICIONADO		CDP DE LA ADICIÓN:		RP DE LA ADICIÓN:		TIEMPO PRORROGADO:	
VALOR ADICIONADO		CDP DE LA ADICIÓN:		RP DE LA ADICIÓN:		TIEMPO PRORROGADO:	
VALOR ADICIONADO		CDP DE LA ADICIÓN:		RP DE LA ADICIÓN:		TIEMPO PRORROGADO:	
VALOR ADICIONADO		CDP DE LA ADICIÓN:		RP DE LA ADICIÓN:		TIEMPO PRORROGADO:	
VALOR ADICIONADO		CDP DE LA ADICIÓN:		RP DE LA ADICIÓN:		TIEMPO PRORROGADO:	
VALOR ADICIONADO		CDP DE LA ADICIÓN:		RP DE LA ADICIÓN:		TIEMPO PRORROGADO:	
VALOR ADICIONADO		CDP DE LA ADICIÓN:		RP DE LA ADICIÓN:		TIEMPO PRORROGADO:	
VALOR ADICIONADO		CDP DE LA ADICIÓN:		RP DE LA ADICIÓN:		TIEMPO PRORROGADO:	
VALOR ADICIONADO		CDP DE LA ADICIÓN:		RP DE LA ADICIÓN:		TIEMPO PRORROGADO:	
VALOR ADICIONADO		CDP DE LA ADICIÓN:		RP DE LA ADICIÓN:		TIEMPO PRORROGADO:	
VALOR ADICIONADO		CDP DE LA ADICIÓN:		RP DE LA ADICIÓN:		TIEMPO PRORROGADO:	
VALOR ADICIONADO		CDP DE LA ADICIÓN:		RP DE LA ADICIÓN:		TIEMPO PRORROGADO:	
VALOR ADICIONADO		CDP DE LA ADICIÓN:		RP DE LA ADICIÓN:		TIEMPO PRORROGADO:	
VALOR ADICIONADO		CDP DE LA ADICIÓN:		RP DE LA ADICIÓN:		TIEMPO PRORROGADO:	
VALOR ADICIONADO		CDP DE LA ADICIÓN:		RP DE LA ADICIÓN:		TIEMPO PRORROGADO:	
VALOR ADICIONADO		CDP DE LA ADICIÓN:		RP DE LA ADICIÓN:		TIEMPO PRORROGADO:	
VALOR ADICIONADO		CDP DE LA ADICIÓN:		RP DE LA ADICIÓN:		TIEMPO PRORROGADO:	
VALOR ADICIONADO		CDP DE LA ADICIÓN:		RP DE LA ADICIÓN:		TIEMPO PRORROGADO:	
VALOR ADICIONADO		CDP DE LA ADICIÓN:		RP DE LA ADICIÓN:		TIEMPO PRORROGADO:	

VALOR ADICIONADO		**CDP DE LA ADICIÓN:**		**RP DE LA ADICIÓN:**		**TIEMPO PRORROGADO:**	
VALOR ADICIONADO		**CDP DE LA ADICIÓN:**		**RP DE LA ADICIÓN:**		**TIEMPO PRORROGADO:**	
VALOR ADICIONADO		**CDP DE LA ADICIÓN:**		**RP DE LA ADICIÓN:**		**TIEMPO PRORROGADO:**	
VALOR ADICIONADO		**CDP DE LA ADICIÓN:**		**RP DE LA ADICIÓN:**		**TIEMPO PRORROGADO:**	
VALOR ADICIONADO		**CDP DE LA ADICIÓN:**		**RP DE LA ADICIÓN:**		**TIEMPO PRORROGADO:**	
VALOR ADICIONADO		**CDP DE LA ADICIÓN:**		**RP DE LA ADICIÓN:**		**TIEMPO PRORROGADO:**	
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)

N° DE PÓLIZA:	N/A	**NOMBRE DE LA ASEGURADORA:**	N/A
FECHA DE LA PÓLIZA	N/A	**ACTO ADMINISTRATIVO DE APROBACIÓN:**	N/A

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 5/11/2024 al 30/11/2024

FIRMA DE QUIEN CONVALIDA EL CUMPLIMIENTO DE LAS OBLIGACIONES PARA EL PRESENTE PERIODO DE PAGO:

NOMBRE Y FIRMA DEL SUPERVISOR:
LIDA ESPERANZA MONTENEGRO PARRA
CARGO:
PROFESIONAL ESPECIALIZADO ÁREA DE LA SALUD CÓDIGO 242 GRADO 30

NOMBRE Y FIRMA APOYO TECNICO DEL SUPERVISOR:
BIBIANA MARCELA BOHORQUEZ BOJACA
PERFIL:
LIDER CANALIZACIONES

SaludTotal EPS

BOGOTA, Noviembre 18 de 2024

Señora:
AVILA NOGUERA GERALDYN ANDREA
CC. 1024541788
DG 72 SUR 18 I 03 - 7913060
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 Abril 12 de 2019. Los usuarios inscritos en su afiliación son:

Nombre	Documento	Tipo	Afiliacion	Sem cot	Sem Ant	Parentesco	Estado Afiliacion	Fecha de desafiliacion EPS	Estado Actual	Discapacidad
LEYTON DIAZ YEISON DANILO	1026261573	C	Oct-22-2012	218	26	COTIZANTE	VIGENTE			Ninguna
AVILA NOGUERA GERALDYN ANDREA	1024541788	C	Abr-12-2019	54	26	COMPANERO(A)	VIGENTE			Ninguna
LEYTON AVILA JOSHUA ALEXANDER	1029153396	T	Feb-16-2016	56	0	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
2P SOLUCIONES SAS	1024541788	Dependiente	VIGENTE
AMBULANCIAS PRIMEROS AUXILIOS LTDA	1024541788	Dependiente	CERRADO
AMBULANCIAS PRIMEROS AUXILIOS LTDA	1024541788	Dependiente	CERRADO
GERALDYN ANDREA AVILA NOGUERA	1024541788	Contrato de prestacion de servicios Superior a 1 m	CERRADO
GERALDYN ANDREA AVILA NOGUERA	1024541788	Contrato de prestacion de servicios Superior a 1 m	CERRADO
GERALDYN ANDREA AVILA NOGUERA	1024541788	Independiente Voluntario al Sistema de Riesgos Lab	CERRADO
GERALDYN ANDREA AVILA NOGUERA	1024541788	Trabajador Independiente	VIGENTE
JULIET CAROLINA ZAMORA LOPEZ	1024541788	Dependiente	CERRADO
LINEA DE VIDA AMBULANCIAS SAS	1024541788	Dependiente	CERRADO
LINEA DE VIDA LTDA	1024541788	Dependiente	CERRADO
MEDICALL TALENTO HUMANO SAS	1024541788	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

Medellín, 31 de october de 2024

LA ADMINISTRADORA DE RIESGOS LABORALES
SEGUROS DE VIDA SURAMERICANA S.A.

CERTIFICA:

Que GERALDYN ANDREA AVILA NOGUERA identificado(a) con cédula de ciudadanía 1024541788 registra en nuestra base de datos como trabajador(a) independiente.

A continuación se relacionan los datos de la afiliación:

Fecha inicio cobertura: 01/11/2024 **Fecha fin cobertura:**

INFORMACIÓN DEL CONTRATANTE

SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIE N900959051

ACTIVIDAD ECONÓMICA:
3861001 - ACTIVIDADES DE HOSPITALES Y CLÍNICAS, CON INTERNACIÓN, COMPRENDE LAS ACTIVIDADES QUE CONSISTEN PRINCIPALMENTE EN LABORATORIO CLÍNICO, ENDOSCOPIA, PATOLOGÍA ETC, CUANDO SE PRESTAN A PACIENTES INTERNOS LA ATENCIÓN DE PACIENTES INTERNOS, QUE SE REALIZA BAJO LA SUPERVISIÓN DIRECTA DE MÉDICOS Y ABARCA: LA ATENCIÓN ODONTOLÓGICA A PACIENTES INTERNOS EN HOSPITALES CUANDO SE PRESTA POR PROFESIONALES VINCULADOS A LA INSTITUCIÓN DE INTERNACIÓN; EL SERVICIO DE PERSONAL MÉDICO GENERAL Y ESPECIALIZADO Y PARAMÉDICO EN: SERVICIO DE COMPLEMENTACIÓN TERAPÉUTICA: REHABILITACIÓN (POR TERAPISTAS), OPTOMETRÍA, PSICOLOGÍA, NUTRICIÓN, FONOAUDIOLOGÍA, ETC, CUANDO SE PRESTAN A PACIENTES INTERNOS; SERVICIOS DE URGENCIAS SERVICIOS DE QUIRÓFANOS, SERVICIOS DE FARMACIA, SERVICIOS DE COMIDA A PACIENTES INTERNOS Y OTROS SERVICIOS HOSPITALARIOS; SERVICIOS DE CENTROS DE PLANIFICACIÓN FAMILIAR QUE PROPORCIONAN TRATAMIENTO MÉDICO TALES COMO ESTERILIZACIÓN E INTERRUPCIÓN DEL EMBARAZO, CUANDO SE REALIZAN CON INTERNACIÓN

CLASE DE RIESGO: 3 **PORCENTAJE DE COTIZACIÓN:** 2.436%

CENTRO DE TRABAJO: 0000000001 - TRABAJADORES INDEPENDIENTES

CLASE: 3 **PORCENTAJE:** 2.436% **TIPO COTIZANTE:** INDEPENDIENTE CON CONTRATO DE PRESTACION DE SERVICIOS SUPERIOR A UN MES

ACTIVIDAD ECONÓMICA CENTRO DE TRABAJO:
3861001 - ACTIVIDADES DE HOSPITALES Y CLÍNICAS, CON INTERNACIÓN, COMPRENDE LAS ACTIVIDADES QUE CONSISTEN PRINCIPALMENTE EN LABORATORIO CLÍNICO, ENDOSCOPIA, PATOLOGÍA ETC, CUANDO SE PRESTAN A PACIENTES INTERNOS LA ATENCIÓN DE PACIENTES INTERNOS, QUE SE REALIZA BAJO LA SUPERVISIÓN DIRECTA DE MÉDICOS Y ABARCA: LA ATENCIÓN ODONTOLÓGICA A PACIENTES INTERNOS EN HOSPITALES CUANDO SE PRESTA POR PROFESIONALES VINCULADOS A LA INSTITUCIÓN DE INTERNACIÓN; EL SERVICIO DE PERSONAL MÉDICO GENERAL Y ESPECIALIZADO Y PARAMÉDICO EN: SERVICIO DE COMPLEMENTACIÓN TERAPÉUTICA: REHABILITACIÓN (POR TERAPISTAS), OPTOMETRÍA, PSICOLOGÍA, NUTRICIÓN, FONOAUDIOLOGÍA, ETC, CUANDO SE PRESTAN A PACIENTES INTERNOS; SERVICIOS DE URGENCIAS SERVICIOS DE QUIRÓFANOS, SERVICIOS DE FARMACIA, SERVICIOS DE COMIDA A PACIENTES INTERNOS Y OTROS SERVICIOS HOSPITALARIOS; SERVICIOS DE CENTROS DE PLANIFICACIÓN FAMILIAR QUE PROPORCIONAN TRATAMIENTO MÉDICO TALES COMO ESTERILIZACIÓN E INTERRUPCIÓN DEL EMBARAZO, CUANDO SE REALIZAN CON INTERNACIÓN

VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA

INFORMACIÓN DEL CONTRATISTA

ACTIVIDAD ECONÓMICA:
3861001 - ACTIVIDADES DE HOSPITALES Y CLÍNICAS, CON INTERNACIÓN, COMPRENDE LAS ACTIVIDADES QUE CONSISTEN PRINCIPALMENTE EN LABORATORIO CLÍNICO, ENDOSCOPIA, PATOLOGÍA ETC, CUANDO SE PRESTAN A PACIENTES INTERNOS LA ATENCIÓN DE PACIENTES INTERNOS, QUE SE REALIZA BAJO LA SUPERVISIÓN DIRECTA DE MÉDICOS Y ABARCA: LA ATENCIÓN ODONTOLÓGICA A PACIENTES INTERNOS EN HOSPITALES CUANDO SE PRESTA POR PROFESIONALES VINCULADOS A LA INSTITUCIÓN DE INTERNACIÓN; EL SERVICIO DE PERSONAL MÉDICO GENERAL Y ESPECIALIZADO Y PARAMÉDICO EN: SERVICIO DE COMPLEMENTACIÓN TERAPÉUTICA: REHABILITACIÓN (POR TERAPISTAS), OPTOMETRÍA, PSICOLOGÍA, NUTRICIÓN, FONOAUDIOLOGÍA, ETC, CUANDO SE PRESTAN A PACIENTES INTERNOS; SERVICIOS DE URGENCIAS SERVICIOS DE QUIRÓFANOS, SERVICIOS DE FARMACIA, SERVICIOS DE COMIDA A PACIENTES INTERNOS Y OTROS SERVICIOS HOSPITALARIOS; SERVICIOS DE CENTROS DE PLANIFICACIÓN FAMILIAR QUE PROPORCIONAN TRATAMIENTO MÉDICO TALES COMO ESTERILIZACIÓN E INTERRUPCIÓN DEL EMBARAZO, CUANDO SE REALIZAN CON INTERNACIÓN

CODIGO DE ACTIVIDAD: 3861001

CLASE DE RIESGO: 3 **PORCENTAJE DE COTIZACIÓN:** 2.436%

Su pago lo debe realizar con riesgo null (null %), teniendo en cuenta lo siguiente:

Artículo 11, Decreto 723 de 2013: Cotización y Pago: La cotización se realizará teniendo en cuenta el mayor riesgo entre:

1. ***La clase de riesgo del centro de trabajo de la entidad o institución.***
2. ***El propio de la actividad ejecutada por el contratista.***

Parágrafo 1: Cuando las entidades o instituciones no tengan centros de trabajo se tomará la actividad principal o institución.

null

porvenir
sólo hay uno

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:

GERALDYN ANDREA AVILA NOGUERA, identificado(a) con cédula de ciudadanía **1.024.541.788**, se encuentra afiliado(a) al **Fondo de Pensiones Obligatorias Porvenir**.

La presente certificación se expide el 15 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.

DIAN

Formulario del Registro Único Tributario

001

2. Concepto 0 2 Actualización

4. Número de formulario 141058689452

(415)7707212489984(8020) 000014105868945 2

5. Número de Identificación Tributaria (NIT)	6. DV	12. Dirección seccional	14. Buzón electrónico
1 0 2 4 5 4 1 7 8 8	4	Impuestos de Bogotá 3 2	

IDENTIFICACIÓN

24. Tipo de contribuyente	25. Tipo de documento	26. Número de Identificación	27. Fecha expedición
Persona natural o sucesión ilíquida 2	Cédula de Ciudadanía 1 3	1 0 2 4 5 4 1 7 8 8	

Lugar de expedición / 28. País	29. Departamento	30. Ciudad/Municipio
COLOMBIA 1 6 9	Bogotá D.C. 1 1	Bogotá, D.C. 0 0 1

31. Primer apellido	32. Segundo apellido	33. Primer nombre	34. Otros nombres
AVILA	NOGUERA	GERALDYN	ANDREA

35. Razón social

36. Nombre comercial	37. Sigla
DROGUERIA DROGUET	

UBICACIÓN

38. País	39. Departamento	40. Ciudad/Municipio
COLOMBIA 1 6 9	Bogotá D.C. 1 1	Bogotá, D.C. 0 0 1

41. Dirección principal: DG 72 SUR 18 I 03 BRR VISTA HERMOSA

42. Correo electrónico: geraldineavila521@gmail.com

43. Código postal	44. Teléfono 1	45. Teléfono 2
1 1 1 9 6 1	3 2 1 2 6 5 6 8 0 4	3 1 4 3 0 3 5 6 5 0

CLASIFICACIÓN

Actividad económica

Actividad principal		Actividad secundaria		Otras actividades		Ocupación	
46. Código	47. Fecha inicio actividad	48. Código	49. Fecha inicio actividad	50. Código 1	2	51. Código	52. Número establecimientos
8 6 9 9	2 0 2 2 0 7 0 6	4 7 7 3	2 0 2 2 0 4 2 1	4 9 2 1			

Responsabilidades, Calidades y Atributos

53. Código: 5 4 9

05- Impto. renta y compl. régimen ordinar

49 - No responsable de IVA

Usuarios aduaneros

54. Código

Exportadores

55. Forma | 56. Tipo | Servicio 1 2 3 | 57. Modo | 58. CPC

IMPORTANTE: Sin perjuicio de las actualizaciones a que haya lugar, la inscripción en el Registro Único Tributario -RUT-, tendrá vigencia indefinida y en consecuencia no se exigirá su renovación

Para uso exclusivo de la DIAN

59. Anexos SI [ ] NO [X] | 60. No. de Folios: 0 | 61. Fecha 2024 - 07 - 07 / 10 : 19: 03

La información suministrada a través del formulario oficial de inscripción, actualización, suspensión y cancelación del Registro Único Tributario (RUT), deberá ser exacta y veraz; en caso de constatar inexactitud en alguno de los datos suministrados se adelantarán los procedimientos administrativos sancionatorios o de suspensión, según el caso, Parágrafo del artículo 1.6.1.2.6 del Decreto 1625 del 2016. De igual manera al formalizar el trámite el usuario fue informado y acepta la política de tratamiento de datos ley 1581 de 2012.

Firma del solicitante:

Sin perjuicio de las verificaciones que la DIAN realice.

Firma autorizada:

984. Nombre AVILA NOGUERA GERALDYN ANDREA

985. Cargo CONTRIBUYENTE

COPIA CERTIFICADO DOCUMENTO SIN COSTO

Fecha generación documento PDF: 15-11-2024 12:48:42PM