

VALOR ADICIONADO		CDP DE LA ADICIÓN:		CRP DE LA ADICIÓN:		TIEMPO PRORROGADO:	
III. POLIZAS							
¿PACTÓ POLIZAS EN SU CONTRATO?		SI		NO		X	
Nº DE PÓLIZA:		N/A		NOMBRE DE LA ASEGURADORA:		N/A	
FECHA DE LA PÓLIZA		N/A		FECHA DE APROBACIÓN:		N/A	
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: Geocodificación de bases de datos insumo de la priorización de establecimientos de IVC con corte Septiembre 2024 (Visitas, establecimientos únicos, medidas, autorregulación, brotes). Zonificación y generación de cartografía priorización establecimientos para el mes de Octubre 2024. 3. PRODUCTO (EVIDENCIA): Workspace de bases geocodificadas, mapas online y PDF, bases de datos resultado en Excel.						
2	1. OBLIGACIÓN: Presentar mensualmente el cronograma de actividades a desarrollar 2. ACTIVIDADES DESARROLLADAS: Diligenciamiento del plan de acción de los productos generados para el mes de Octubre 2024. 3. PRODUCTO (EVIDENCIA): Plan de acción.						
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: No aplica para el periodo. 3. PRODUCTO (EVIDENCIA): No aplica para el periodo.						
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 habitación y acreditación de servicios de salud 2. ACTIVIDADES DESARROLLADAS: No aplica para el periodo. 3. PRODUCTO (EVIDENCIA): No aplica para el periodo.						
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: Reuniones de inducción a la Subred Centro Oriente, diligenciamiento de formularios y test de apropiación. 3. PRODUCTO (EVIDENCIA): Listados de asistencia, actas de reunión, soportes correo electrónico.						
6	1. OBLIGACIÓN: Realizar y presentar la planeación, socialización y seguimiento del plan de acción del componente de salud ambiental 2. ACTIVIDADES DESARROLLADAS: Diligenciamiento del plan de acción de los productos generados para el mes de Octubre 2024. 3. PRODUCTO (EVIDENCIA): Plan de acción.						
7	1. OBLIGACIÓN: Articular y coordinar las acciones para la identificación, monitoreo y control de los riesgos e impactos ambientales (ruido, calidad del aire, radiaciones no ionizantes) que afectan la seguridad y salud de la población 2. ACTIVIDADES DESARROLLADAS: No aplica para el periodo. 3. PRODUCTO (EVIDENCIA): No aplica para el periodo.						
8	1. OBLIGACIÓN: Formular, validar y divulgar los reglamentos, guías, protocolos y herramientas para la vigilancia en salud pública y consolidar la información de eventos de enfermedades respiratorias agudas y crónicas, frente a eventos críticos de contaminación 2. ACTIVIDADES DESARROLLADAS: Ajustes plan de trabajo para la implementación del Geoportal de la Vigilancia en Salud Ambiental, diagnóstico de los servicios existentes. 3. PRODUCTO (EVIDENCIA): Remisión plan de trabajo y diagnóstico vía correo electrónico.						
9	1. OBLIGACIÓN: Revisar, administrar y responder por las actividades y/o productos del proyecto de intervención WEB SALUD AMBIENTAL DE BOGOTÁ, conforme a los lineamientos, anexos técnicos del convenio PSPIC vigente y suscrito entre el FDS y la Subred 2. ACTIVIDADES DESARROLLADAS: Actualización mapa de calor IPIPM para el mes de Septiembre, 19 mapas de conceptos favorables con corte Septiembre 2024. 3. PRODUCTO (EVIDENCIA): Remisión informes y mapas actualizados vía correo electrónico.						
10	1. OBLIGACIÓN: Consolidar y analizar de la información solicitada por la Subred, Secretaría Distrital de Salud u otras entidades o actores que lo requieran. 2. ACTIVIDADES DESARROLLADAS: No aplica para el periodo. 3. PRODUCTO (EVIDENCIA): No aplica para el periodo.						
11	1. OBLIGACIÓN: Organizar el archivo de la documentación generada de acuerdo a la normatividad y tabla de retención documental. 2. ACTIVIDADES DESARROLLADAS: No aplica para el periodo. 3. PRODUCTO (EVIDENCIA): No aplica para el periodo.						
12	1. OBLIGACIÓN: Realizar las demás obligaciones que se relacionen con el objeto del contrato y que sean requeridas por la supervisión 2. ACTIVIDADES DESARROLLADAS: No aplica para el periodo. 3. PRODUCTO (EVIDENCIA): No aplica para el periodo.						

V. INFORMACIÓN DE APORTES A SEGURIDAD SOCIAL				
No. DE PLANILLA:	CERTIFICADOS	OPERADOR:		
CONCEPTO DEL PAGO	ENTIDAD	FECHA DE PAGO	VALOR PAGADO	
SALUD:	SANITAS		\$	-
PENSIÓN:	PORVENIR		\$	-
RIESGOS LABORALES:	SURA		\$	-
OTRO			\$	-
TOTAL PAGADO			\$	-
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 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 SMMMLV (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 periodo correspondiente				
				
NOMBRE Y FIRMA DEL CONTRATISTA: ANA MARIA CORREDOR BOJACA				
CC: 1.030.676.457				
CEL 3125935346				

SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E
APOYO - GESTIÓN 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:	ANA MARIA CORREDOR BOJACA	CC:	1,030,676,457
		RUT (NIT):	1,030,676,457 - 3
CORREO ELECTRÓNICO:	anam_corredorb@hotmail.com	TELÉFONO:	3125935346
DIRECCIÓN DOMICILIO:	KR 25 50 18 AP 1110	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:	BANCO DAVIVIENDA	TIPO DE CUENTA:	AHORROS	N° CUENTA:	007500947598
NOMBRE DEL BANCO (APLICA CUANDO EL BANCO NO SE ENCUENTRE EN LA LISTA DESPLEGABLE)					

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

N° DEL CONTRATO:	PS 5166 2024	N° CDP:	2905 - 3954	N° RP:	44586 47766	PLAZO DEL CONTRATO INCLUIDAS PRORROGAS: 1 MES 8 DIAS
FECHA DE INICIO CONTRATO	23/10/2024	FECHA DE TERMINACIÓN CONTRATO:	1/12/2024		TOTAL DEL CONTRATO INCLUIDO ADICIONES: \$ 7,842,264	

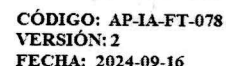
PERIODO OBJETO DE COBRO: DEL 23/10/2024 AL 31/10/2024

VALOR A PAGAR CORRESPONDIENTE AL PERIODO OBJETO DE COBRO EN (LETRAS Y NÚMEROS)	\$ 2,614,088
	DOS MILLONES SEISCIENTOS CATORCE MIL OCHENTA Y OCHO PESOS



NOMBRE Y FIRMA DEL CONTRATISTA: ANA MARIA CORREDOR BOJACA

CC: 1,030,676,457
CEL: 3125935346



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)

Nº 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 **23/10/2024** al **31/10/2024**

FIRMA DE QUIEN CONVALIDA EL CUMPLIMIENTO DE LAS OBLIGACIONES PARA EL PRESENTE PERIODO DE PAGO:	 NOMBRE Y FIRMA DEL SUPERVISOR: LIDA ESPERANZA MONTENEGRO PARRA CARGO: PROFESIONAL ESPECIALIZADO ÁREA DE LA SALUD CÓDIGO 242 GRADO 30
	 NOMBRE Y FIRMA APOYO TECNICO DEL SUPERVISOR: JAVIER RICARDO PEÑUELA PEREZ PERFIL: PROFESIONAL ESPECIALIZADO REFERENTE DE GESTION

CERTIFICADO DE AFILIACIÓN AL POS DE EPS SANITAS

La **EPS SANITAS** en desarrollo de su programa especial para la garantía y prestación del Plan Obligatorio de Salud denominado **EPS SANITAS**,

CERTIFICA

Que Ana Maria Corredor Bojaca, identificado(a) con CC número 1030676457, está registrado(a) en el POS DE EPS SANITAS con la siguiente información:

TIPO Y NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN	CC 1030676457
NOMBRES Y APELLIDOS	Ana Maria Corredor Bojaca
TIPO DE AFILIADO	Titular
PARENTESCO	Titular
FECHA DE NACIMIENTO	10/03/1997
ESTADO DE LA AFILIACIÓN	0 Tiene Derecho A Cobertura Integral
CAUSA ESTADO DE AFILIACIÓN	10 - Cobertura Integral
FECHA DE INGRESO A EPS SANITAS	01/05/2021
FECHA DE RETIRO LABORAL / EPS SANITAS	Activo(a)
SEMANAS COTIZADAS EN EPS SANITAS	Sin semanas reportadas en EPS SANITAS
SEMANAS COTIZADAS EN OTRA EPS	Sin semanas reportadas en EPS SANITAS
SEMANAS COTIZADAS EN ÚLTIMO AÑO	Sin semanas reportadas en EPS SANITAS
RÉGIMEN	Contributivo
FECHA DE AFILIACIÓN AL RÉGIMEN	01/05/2021
NIVEL SISBEN	No aplica
EMPLEADOR(ES)*	

CEDULA DE CIUDADANIA 1030676457 ANA MARIA CORREDOR
BOJACA Desde 01/07/2022 - Vigente



**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:

ANA MARIA CORREDOR BOJACA, identificado(a) con cédula de ciudadanía **1.030.676.457**, se encuentra afiliado(a) al **Fondo de Pensiones Obligatorias Porvenir**.

La presente certificación se expide el 18 de Noviembre del 2024.

Cordialmente,

Gerencia de Clientes



Tenga en cuenta:

En este momento de su vida, lo que más le conviene es estar en un fondo privado como Porvenir, ¿por que? porque está acumulando semanas, ahorrando dinero y obteniendo rendimiento.

Medellín, 18 de noviembre de 2024

CERTIFICADO DE AFILIACIÓN – ARL SURA

La Administradora de Riesgos Laborales, SEGUROS DE VIDA SURAMERICANA S.A. NIT 890.903.790 - 5, certifica:

Que ANA MARIA CORREDOR BOJACA identificado(a) con C1030676457 se encuentra afiliado(a) a Riesgos Laborales y está en estado activo.

Si desea validar que este certificado haya sido realmente emitido por ARL Sura y la información aquí contenida sea real, visite www.arlsura.com.co / validar certificados e ingrese el siguiente código único de generación válido por un mes: C10306764572432367021

Atentamente,



Dirección de Afiliaciones y Recaudos

SUPERINTENDENCIA FINANCIERA
DE COLOMBIA

VIGILADO

Dirección IP 10.205.28.18

