| | | |
|---|---|---|
| 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<br>APOYO – GESTION DE CONTRATACIÓN<br>FORMATO INFORME DE EJECUCIÓN DE ACTIVIDADES DEL CONTRATO DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS Y DE APOYO A LA GESTIÓN | CÓDIGO: AP-IA-FT-077<br>VERSIÓN: 2<br>FECHA: 2024-09-16 |

**CELEBRADO ENTRE LA SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E Y**

**SONIA ESPERANZA POVEDA DURAN**

| | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| **NÚMERO DE DOCUMENTO DE IDENTIDAD:** | 1.010.162.208 | | | | |
| **OBJETO DEL CONTRATO:** | PRESTAR SERVICIOS COMO GESTOR COMUNITARIO O AGENTE DE CAMBIO 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 5640 2024 | | **FECHA INICIO CONTRATO** | 21/11/2024 | |
| **VALOR INICIAL DEL CONTRATO** | $ 717.588 | **PLAZO INICIAL DEL CONTRATO** | CATORCE (14) DIAS | | |
| **VALOR TOTAL DEL CONTRATO INCLUIDO ADICIONES:** | $ 2.375.276 | | **VALOR DE HONORARIOS PERÍODO A CERTIFICAR:** | | $ 760.487 |
| **N° DE INFORME:** | 1 | **N° CRP:** | 48564 | **N° CDP:** | 3690 |
| **PLAZO TOTAL DEL CONTRATO INCLUIDO PRORROGAS** | 1 MES 10 DIAS | | | | |
| **UNIDAD FUNCIONAL EJECUCIÓN DE ACTIVIDADES:** | SA2 SEDE ADMINISTRATIVA SAN JOSE OBRERO | | | | |
| **NOMBRE DEL SUPERVISOR:** | LIDA ESPERANZA MONTENEGRO PARRA<br>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** | $ 1.657.688 | **CDP DE LA ADICIÓN:** | 4011 | **CRP DE LA ADICIÓN:** | 48954 | **TIEMPO PRORROGADO:** | 30 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:** | |
| **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:** | |
| **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:** | |
| **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 inverciones colectivas en el Distrito Capital segun convenio PSPIC vigente y suscritos entre el FDS y la Subred<br>2. ACTIVIDADES DESARROLLADAS: se ejecuto actividades correspondientes Dispositivos comunitarios,desde el perfil de psicologia,desarrollando las siguientes activedades: * recorrido en las localidades.*alistamiento y preparacion de fichas tecnicas para realizar 4 seciones con 12 grupos.* 1 diario de campo por cada secion de los 12 grupos,48 en el mes de noviembre.*se diligencio la informacion correspondiente a la poblacion atendida durante el mes de noviembre<br>3. PRODUCTO (EVIDENCIA): *48 diarios de campo que resume la ejecucion de cada secion del mes de noviembre.* 48 fichas tecnicas del mes de noviembr.*12 formatos de sesiones colectivas del mes de noviembre.*registro fotografico de asistencia alas actividades del mes de noviembre.*matrix de monitoreo y cobertura poblacional mes de noviembre |
| 2 | 1. OBLIGACIÓN: presentar mensulamente el cronograma de actividades a desarrollar<br>2. ACTIVIDADES DESARROLLADAS: *se eleboro y entrego cronograma del mes de noviembre, para implementacion del producto 42de dispositivos comunitarios.*se realizo de forma oportuna los ajustes requeridos,teniendo encuenta las dinamicas de lacomunidad.<br>3. PRODUCTO (EVIDENCIA): *archivo en excel con cronograma de actividades del mes de noviembre.*imagenes de las actividades eleboradas semanalmente del mes de noviembre. |
| 3 | 1. OBLIGACIÓN: apoyar la prestacion de servicios en el plan de intervencion colectivas,presentando la informormacion y/o soporte que solicite conforme a los anexos y liniamientos tecnicos del conevenio PSPIC vigentes y suscritos<br>2. ACTIVIDADES DESARROLLADAS: se realizaron las respectivas entregas al profecional de apoyo de la estrategia, de los siguientes productos:*diarios de campo,fichas tecnicas,sesiones colectivas.*matriz de monitoreo y cobertura poblacional del mes de noviembre<br>3. PRODUCTO (EVIDENCIA): 48 fichas tecnicas del mes de noviembre. *48 diarios del mes de noviembre.*12 formatos de sesiones colectivas del mes de noviembre |
| 4 | 1. OBLIGACIÓN: apoyar las actividades inherentes al objeto del contrato para el mejoramiento continuo de calidad y a quellas definidas dentro de los planes de mejoramiento de los diferentes estandares de habilitacion y acreditacion de servicios de salud<br>2. ACTIVIDADES DESARROLLADAS: *se hizo entrega el primer dia abil de cada semana del mes de noviembre de los formatos correspondientes a las acciones ejecutadas.*se realizaron del mes de noviembre en fichas tecnicas por cada sesion en los formatos de sesiones colectivas.*se apoyo la preauditoria a traves de la revicion de los soportes ejecutados por la estrategia,durante el mes de noviembre<br>3. PRODUCTO (EVIDENCIA): *formato de entrega de formatos de recopilacion de informacion en terreno a GESI del mes de noviembre *formatos de sesiones colectivas corregidos en el mes de noviembre.*acta deejecucion de la preauditoria del mes de noviembre |
| 5 | 1. OBLIGACIÓN: realizar apropiacion conseptual desde su perfil con anexos y liniamientos tecnicos del convenio PSPIC vigente y suscrito entre el FDF y la subred<br>2. ACTIVIDADES DESARROLLADAS: se realizo la apropiacion conseptual del documento operativo del entorno cuidador comunitario,correspondiente del producto 42 dispositicos comunitarios para la nueva vigencia,*se partisipo en reunion de asosiacion de liniamiento liderada por elprofesional de apoyo del mes de noviembre<br>3. PRODUCTO (EVIDENCIA): *acta de asistencia a reunion del mes de noviembre |
| 6 | 1. OBLIGACIÓN: desarrollar procesos de asistencia tecnica desde los diferentes prosesos del plan de intervenciones colectivas conforme a su saber disciplinar y profesional enfuncion de los requerimientos de los entornos y procesos trasversales<br>2. ACTIVIDADES DESARROLLADAS: *se partisipo en direccionamiento tecnico,lideradopor el profesional de apoyode los dispositivos conunitarios, quien realizo fortalicimiento de capacidades,*se pártisipo en reunion de entorno cuidador cumunitario.*partisipacion en asistencias tecnicas de SDS.<br>3. PRODUCTO (EVIDENCIA): *actas de asistencia a direcionamiento tecnico del mes de noviembre.*acta de reunion entorno cuidador comunitario del mes de noviembre.*actas de asistencia tecnicas en SDS |
| 7 | 1. OBLIGACIÓN: realizar revicion y responder por formatos,documentos, bases o informes como resultado de las acciones o intervenciones realizadas en cumplimiento alos anexos y liniamientos tecnicos del combenio PSPIC vigente y suscrito entre el FDS y la subreb<br>2. ACTIVIDADES DESARROLLADAS: *se recolecto la informacion en capo referente alas nesidades de los grupos en las localidades,diarios de campo listado de asistencia ymatrizde monitoreo.*se preservo por la adecuada tendencia y entrega de formatos con periodisidad semanal.*se realizo una preauditoria mensual respecto alos productos diligenciados en el mes<br>3. PRODUCTO (EVIDENCIA): *formato de entrega de recopilacion de informacion en terreno a GESI del mes de noviembre *48 diarios de campo que resume las seciones realizadas en el mes de noviembre*48 fichas tecnicas del mes de noviembre *evidencia fotografica de asistencia alas activdaes del mes de noviembre *12 formatos de sesiones colectivas del mes de noviembre *acta de preauditoria delmes de noviembre |
| 8 | 1. OBLIGACIÓN: partisipar y gestionar los asercamientos comunitarios e institucionales que se requieran para el desarrollo de las acciones de cada espacio y /o proceso tranversal del PSPIC.<br>2. ACTIVIDADES DESARROLLADAS: *con apoyo del gestor comunitario,se realizaron acercamientos con la comunidad de las localidades de san cristobal y rafael uribe uribe ,dentrode los actores se encuentren,la acaldia local de san cristobal, lideres de la comunidad, guardas de seguridad, fundaciones de las localidades manzanas del cuidado.*por otrolado,se relalizaron acciones para identificar las necesidades de la poblacion genal que conforman grupos comunitarios,para asi realizar las sesiones grupales dando respuesta a sus nesecidades a su salud mental<br>3. PRODUCTO (EVIDENCIA): *48 diarios de campo delmes de noviembre.*48 fichas tecnicas del mes de noviembre.*12 forrmatos de sesiones colectivas |
| 9 | 1. OBLIGACIÓN: activar y notificar los eventos de interesen salud publica detectados en cada una de sus intervenciones<br>2. ACTIVIDADES DESARROLLADAS: *notificaciones SIVIM,SISVESCOS Y VESPA a demanda.<br>3. PRODUCTO (EVIDENCIA): *formato SIVI,SISVESCO y VESPA a demanda |
| 10 | 1. OBLIGACIÓN: partisipar en las asistencias tecnicas convocadoas por SDS deacuerdo alos prosesosasignados y conforme alas actividadesmetas y productos establesidos en los anexos y liniamientos tecnicos del convenio PSPIC vigente y suscrito entre el FDS y la subred<br>2. ACTIVIDADES DESARROLLADAS: *el dia 4/11/2024, se partisipo en direccionamiento tecnico liderada por el profecional de apoyo ala estrategia de dispositicos comunitarios,quien realizo fortalicimiento de capsidades,en esta actividad generada por los referentes de la secretaria distrital de salud nos brindan herramientas y apoya frente alas acciones que realizamos en la estartegia con el fin de fortalecer conociomientos,brindando capacitaciones y orientacion hacia las las acciones que se desarrollan con la comunidad.*se partisipo en la reunion de entorno del mes de nobiembre.<br>3. PRODUCTO (EVIDENCIA): *acta de asistencia a direccionamiento tecnico (04/11/2024).*acta de asistencia ala reunion entorno |

| | |
|---|---|
| 11 | 1. OBLIGACIÓN: organizar el archivo de la documentacion generada deacuerdoala normatividad y tabla de retencion documental.<br>2. ACTIVIDADES DESARROLLADAS: *se realizo el archivo de los formatos diligenciados durante el mes de noviembre en las carpetas destinadas a tal fin para cada producto solicitado en los liniamientos.*se ubicaron las carpetas en cajas debidamente rotulas y organisadas conforme ala normatividad y ala tabla de rentecion documental<br>3. PRODUCTO (EVIDENCIA): *carpetas con respectivos documentos correspondiente al mes de noviembre (fichas tecnicas,diarios de campo,formato de sesiones colectivas).*una caja con carpetas correspondientes al mes de noviembre |
| 12 | 1. OBLIGACIÓN: realizar las demas obligaciones que se relacionen con el objeto del contrato y que sean requeridas por la supervision contenidas de nesecidad de personal que hace parte integral del precente contrato<br>2. ACTIVIDADES DESARROLLADAS: *se realizo movilizacion de insumos,para ejecucion de las actividades en terreno, con el respectivo alistamiento y la ubicacion de los mismos en los espacios indicados por el lider del entorno cumpliendo con el protocolo.*se envio evidencia fotografiva al inicio y finilizacion de cada accion realizada en noviembre<br>3. PRODUCTO (EVIDENCIA): *evidencia fotografica del prealistamiento y la ubicacion de los insumos en el espacio asignado. |

**V. INFORMACIÓN DE APORTES A SEGURIDAD SOCIAL**

| | | | |
|---|---|---|---|
| **No. DE PLANILLA:** | CERTIFICADO | **OPERADOR:** | MI PLANILLA |

| **CONCEPTO DEL PAGO** | **ENTIDAD** | **FECHA DE PAGO** | **VALOR PAGADO** |
|---|---|---|---|
| **SALUD:** | COMPENSAR | | $ - |
| **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

Sonia Poveda

**NOMBRE Y FIRMA DEL CONTRATISTA: SONIA ESPERANZA POVEDA DURAN**
**CC: 1.010.162.208**
**CEL 3224424120**

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: 31/12/2024** | | | |
| **NOMBRES Y APELLIDOS:** | SONIA ESPERANZA POVEDA DURAN | **CC:** | 1.010.162.208 |
| | | **RUT (NIT):** | 1010162208-7 |
| **CORREO ELECTRÓNICO:** | soniapodu@gmail.com | **TELÉFONO:** | 3224424120 |
| **DIRECCIÓN DOMICILIO:** | KR 6 B 49D 62 SUR | **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 BBVA | | | | |
| **NOMBRE DEL BANCO (APLICA CUANDO EL BANCO NO SE ENCUENTRE EN LA LISTA DESPLEGABLE)** | | **TIPO DE CUENTA:** | AHORROS | **N° CUENTA:** | 0175482058 |

| **NÚMERO DEL CONTRATO Y DATOS DE LA ÚLTIMA ADICIÓN (PERIODO OBJETO DE PAGO)** | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|
| **N° DEL CONTRATO:** | PS 5640 2024 | **N° CDP:** | 3690 | **N°. RP:** | 48564 | PLAZO DEL CONTRATO INCLUIDAS PRORROGAS: 1 MES 10 DIAS |
| **FECHA DE INICIO CONTRATO** | 21/11/2024 | **FECHA DE TERMINACIÓN CONTRATO:** | | 31/12/2024 | | TOTAL DEL CONTRATO INCLUIDO ADICIONES: $ 2.375.276 |
| **PERIODO OBJETO DE COBRO:** | DEL 21/11/2024 AL 30/11/2024 | | | | | |
| **VALOR A PAGAR CORRESPONDIENTE AL PERIODO OBJETO DE COBRO EN (LETRASY NUMEROS)** | $ 760.487 | | | | | |
| | SETECIENTOS SESENTA MIL CUATROCIENTOS OCHENTA Y SIETE PESOS | | | | | |

Sonia Poveda

NOMBRE Y FIRMA DEL CONTRATISTA: SONIA ESPERANZA POVEDA DURAN
CC: 1.010.162.208
CEL: 3224424120

| | | |
|---|---|---|
| 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**<br>**APOYO – GESTION DE CONTRATACIÓN**<br>**FORMATO INFORME DE SUPERVISION CONTRATO DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS Y APOYO A LA GESTION** | **CÓDIGO: AP-IA-FT-078**<br>**VERSIÓN: 2**<br>**FECHA: 2024-09-16** |

| | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| **CELEBRADO ENTRE LA SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E Y** | | | | | |
| **NOMBRE DEL CONTRATISTA** | SONIA ESPERANZA POVEDA DURAN | | | | |
| **NÚMERO DOCUMENTO DE IDENTIDAD** | 1.010.162.208 | | | | |
| **I. INFORMACION GENERAL DEL CONTRATO DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS** | | | | | |
| **OBJETO DEL CONTRATO:** | PRESTAR SERVICIOS COMO GESTOR COMUNITARIO O AGENTE DE CAMBIO 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 5640 2024 | | **FECHA INICIO CONTRATO** | 21/11/2024 | |
| **VALOR INICIAL DEL CONTRATO** | $ 717.588 | | | | |
| **VALOR TOTAL DEL CONTRATO INCLUIDO ADICIONES:** | $ 2.375.276 | | **VALOR DE HONORARIOS PERÍODO A CERTIFICAR:** | $ 760.487 | |
| **N° PAGO / N° DE INFORME:** | 1 de 1 | **N° CRP INICIAL:** | 48564 | **N° CDP INICIAL DEL CONTRATO** | 3690 |
| **PLAZO DEL CONTRATO INCLUYENDO PRORROGAS** | 1 MES 10 DIAS | | | | |
| **N° DE PLANILLA DE PAGO DE SEGURIDAD SOCIAL:** | CERTIFICADO | | **OPERADOR:** | MI PLANILLA | |
| **PROCESO EN DONDE SE EJECUTARON LAS ACTIVIDADES:** | GSP PSPIC - COMUNITARIO | | | | |
| **UNIDAD FUNCIONAL DE EJECUCIÓN DE ACTIVIDADES:** | SA2 SEDE ADMINISTRATIVA SAN JOSE OBRERO | | | | |
| **NOMBRE DEL SUPERVISOR:** | LIDA ESPERANZA MONTENEGRO PARRA<br>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** | $ 1.657.688 | **CDP DE LA ADICIÓN:** | 4011 | **RP DE LA ADICIÓN:** | 48654 | **TIEMPO PRORROGADO:** | 30 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:** | |

**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 21/11/2024 al 30/11/2024

| | |
|---|---|
| **FIRMA DE QUIEN CONVALIDA EL CUMPLIMIENTO DE LAS OBLIGACIONES PARA EL PRESENTE PERIODO DE PAGO:** | NOMBRE Y FIRMA DEL SUPERVISOR:<br>LIDA ESPERANZA MONTENEGRO PARRA<br>CARGO:<br>PROFESIONAL ESPECIALIZADO ÁREA DE LA SALUD CÓDIGO 242 GRADO 30 |
| | NOMBRE Y FIRMA APOYO TECNICO DEL SUPERVISOR:<br>CLAUDIA IRENE SEGURA VERA<br>PERFIL:<br>PROFESIONAL ESPECIALIZADO REFERENTE DE GESTION |

compensar | salud eps

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

**CERTIFICA QUE**

Que el(la) señor(a) SONIA ESPERANZA POVEDA DURAN identificado(a) con Cedula Ciudadania 1010162208, se encuentra AFILIADO en el Plan de Beneficios de Salud PBS, de la EPS Compensar como cotizante Independiente contrato de prestaci??n según información contenida a la fecha en nuestra base de datos.

| Fecha Afiliación | Fecha Retiro |
|---|---|
| 20241129 | VIGENTE |

Beneficiarios:

| Nombre Beneficiario | Paren. | Identificación | Tipo de Identificación | Fecha de Afiliación | Fecha de Retiro | Estado Afiliación |
|---|---|---|---|---|---|---|
| EMILIA PERICO POVEDA | HI | 1028728858 | RC | 20241129 | No Registrada | Activo |
| MARIA FERNANDA PERICO POVEDA | HI | 1028863720 | TI | 20241129 | No Registrada | Activo |
| JAVIER ALBERTO PERICO SILVA | CP | 74187169 | CC | 20241129 | No Registrada | Activo |

El presente certificado se expide a solicitud del (la) interesado(a), a los 4 días del mes de Diciembre de 2.024

**Observaciones:**

**Con destino a:**
A QUIEN LE INTERESE

Información sujeta a verificación por parte de COMPENSAR EPS, cualquier aclaración con gusto será atendida en la línea (601) 4441234 - Documento no válido como autorización de traslado ni aclaración de multiafiliación en el SGSSS..

Cordialmente,

VIGILADO SUPERSALUD
VIGILADO SuperSubsidio

Medellín, 04 de diciembre 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 SONIA ESPERANZA POVEDA DURAN identificado(a) con C1010162208 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:C10101622082433934518

Atentamente,

Dirección de Afiliaciones y Recaudos

VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA

Dirección IP 10.205.28.19

porvenir
sólo hay uno

**SOCIEDAD ADMINISTRADORA DE FONDOS DE PENSIONES Y CESANTÍAS PORVENIR S.A.**

En su condición de administradora del

**FONDO DE PENSIONES Y CESANTÍAS PORVENIR**

NIT 800.144.331-3

# CERTIFICA QUE:

**SONIA ESPERANZA POVEDA DURAN,** identificado(a) con cédula de ciudadanía **1.010.162.208**, se encuentra afiliado(a) al **Fondo de Pensiones Obligatorias Porvenir y al Fondo de Cesantías Porvenir.**

La presente certificación se expide el 4 de Diciembre 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 1 Inscripción

4. Número de formulario 141140780254

(415)7707212489984(8020) 000014114078025 4

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

## IDENTIFICACIÓN

| 24. Tipo de contribuyente | 25. Tipo de documento | 26. Número de Identificación |
|---|---|---|
| Persona natural o sucesión ilíquida 2 | Cédula de Ciudadanía 1 3 | 1 0 1 0 1 6 2 2 0 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 |
|---|---|---|---|
| POVEDA | DURAN | SONIA | ESPERANZA |

35. Razón social

| 36. Nombre comercial | 37. Sigla |
|---|---|
| | |

## 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: CR 6 B # 49 D - 62 AP 101

42. Correo electrónico: soniapodu@gmail.com

| 43. Código postal | 44. Teléfono 1 | 45. Teléfono 2 |
|---|---|---|
| | 3 2 2 4 4 2 4 1 2 0 | |

## CLASIFICACIÓN

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

## Responsabilidades, Calidades y Atributos

1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 11 12 13 14 15 16 17 18 19 20 21 22 23 24 25 26

53. Código 4 9

49 - No responsable de IVA

| Usuarios aduaneros | Exportadores |
|---|---|
| 54. Código 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 / 11 12 13 14 15 16 17 18 19 20 | 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

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: POVEDA DURAN SONIA ESPERANZA

985. Cargo: Contribuyente

COPIA CERTIFICADO DOCUMENTO SIN COSTO