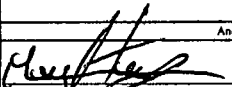
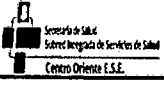
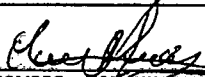

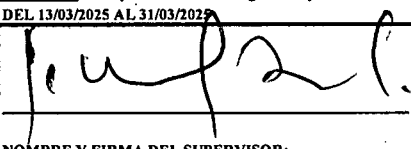
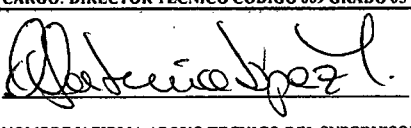
		SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E APOYO - GESTION DE CONTRATACION FORMATO INFORME DE EJECUCION DE ACTIVIDADES DEL CONTRATO DE PRESTACION DE SERVICIOS Y DE APOYO A LA GESTION		CÓDIGO: AP-IA-FT-077 VERSIÓN: 2 FECHA: 2024-09-16	
CELEBRADO ENTRE LA SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E Y					
YOHANNA MARCELA HERNANDEZ VARGAS					
NÚMERO DE DOCUMENTO DE IDENTIDAD:			53.130.691		
OBJETO DEL CONTRATO:		PRESTAR SERVICIOS COMO PROMOTOR DE BIENESTAR 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 CONVENIO 6591670/2024 SED			
CONTRATO DE PRESTACION DE SERVICIOS PROFESIONALES No.		PS 5075 2025		FECHA INICIO CONTRATO	
				13/2/2025	
VALOR INICIAL DEL CONTRATO		\$ 4.395.481		PLAZO INICIAL DEL CONTRATO	
				UN (1) MES Y VEINTUN (21) DIAS	
VALOR TOTAL DEL CONTRATO INCLUIDO ADICIONES:		\$ 4.395.481		VALOR DE HONORARIOS PERÍODO A CERTIFICAR:	
				\$ 1.551.346	
Nº DE INFORME:		1		Nº CRP:	
				Nº CDP: 853	
PLAZO TOTAL DEL CONTRATO INCLUIDO PRORROGAS		UN (1) MES Y VEINTUN (21) DIAS			
UNIDAD FUNCIONAL EJECUCIÓN DE ACTIVIDADES:			6PM CENTRO DE SALUD PRIMERA DE MAYO		
NOMBRE DEL SUPERVISOR:			LORENZA BECERRA CAMARGO - DIRECTOR TECNICO CODIGO 009 GRADO 05		
II. MODIFICACIONES CONTRACTUALES					
Nº DE MODIFICACIONES DEL CONTRATO:		TIPO DE MODIFICACION		PRORROGAS	
VALOR ADICIONADO		CDP DE LA ADICION:		CRP DE LA ADICION:	
III. POLIZAS					
¿PACTO POLIZAS EN SU CONTRATO?		SI		NO	
				X	
Nº DE PÓLIZA:		NOMBRE DE LA ASEGURADORA:			
FECHA DE LA PÓLIZA		FECHA DE APROBACION:			
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)					
ITEM					
1	Realizar actividades de promoción y prevención, estilos de vida saludable y acompañamiento en tiempos establecidos en la IED Reino De Holanda				
2	Actuar como apoyo ante las situaciones críticas que requieran la intervención del equipo OCE de la SED				
3	#N/A				
4	Se realiza reporte diario en el link de Edusitio con actividades desarrolladas, se cargan en el drive evidencias fotográficas y plan de trabajo semanal				
5	Se realiza apoyo a primer respondiente en caso de accidentes escolares y acorde a lo establecido en la ruta de accidentes escolares de la SED				
6	Se entrega en la institución educativa informe de las actividades cuantitativas y cualitativas del mes de marzo				
7	Para el mes de marzo el cumplimiento es de 70 actividades				
8	Se participa en los espacios de comités de gestión de riesgo y emergencias escolares convocados por las IED a demanda.				
9	Se realiza reporte diario de las actividades desarrolladas en cada sede y jornada en planilla de firmas y planillas Drive del convenio y enlace de SED				
10	se realiza apoyo a jornadas educativas y de salud referentes a Tamizaje de talla y peso y jornadas de vacaciones según demanda				
11	Acompañamiento a casos reportados y notificación al componente de vigilancia epidemiológica del mes de Marzo				
V. INFORMACIÓN DE APORTES A SEGURIDAD SOCIAL					
No. DE PLANILLA:		N/A		OPERADOR:	
				N/A	
CONCEPTO DEL PAGO		ENTIDAD		FECHA DE PAGO	
		FAMISANAR		N/A	
SALUD:		COLFONOS		N/A	
PENSIÓN:		SURA		N/A	
RIESGOS LABORALES:		N/A		N/A	
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 SMMLV (de ser el primer pago adjunto certificaciones de afiliación a cps, arl, pensión, rui) 3.- Que adjunto evidencia del cargue en el aplicativo scocp en 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 respalden las actividades realizadas en el periodo correspondiente					
 YOHANNA MARCELA HERNANDEZ VARGAS NOMBRE Y FIRMA DEL CONTRATISTA CC: 53.130.691 CEL: 3212813827					

		SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E APOYO - GESTION DE CONTRATACION FORMATO CUENTA DE COBRO CONTRATO DE PRESTACION DE SERVICIOS Y DE APOYO A LA GESTION			CÓDIGO: AP-IA-FT-014 VERSIÓN: 6 FECHA: 2024-09-16	
DATOS DEL CONTRATISTA						
FECHA DE DILIGENCIAMIENTO: 31/03/2025						
NOMBRES Y APELLIDOS:	YOHANNA MARCELA HERNANDEZ VARGAS			CC:	53.130.691	
CORREO ELECTRÓNICO:	johannamarcelahv@gmail.com			RUT (NIT):		
DIRECCIÓN DOMICILIO:	Calle93 sur 14 33			TELÉFONO:	3212813827	
				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				()		
<p>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.</p>						
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:	DAVIVIENDA		TIPO DE CUENTA:	AHORROS	Nº CUENTA:	550004800535991
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)						
Nº DEL CONTRATO:	PS 5075 2025	Nº CDP:	0	Nº. RP:		PLAZO DEL CONTRATO INCLUIDAS PRORROGAS: UN (1) MES Y VEINTIUN (21) DÍAS
FECHA DE INICIO CONTRATO	13/03/2025	FECHA DE TERMINACIÓN CONTRATO:	30/04/2025		VALOR TOTAL DEL CONTRATO INCLUIDO ADICIONES : \$ 4.395.481	
PERIODO OBJETO DE COBRO:	DEL 13/03/2025 AL 31/03/2025					
VALOR A PAGAR CORRESPONDIENTE AL PERIODO OBJETO DE COBRO EN (LETRAS Y NÚMEROS)	\$					1.551.346
	UN MILLON QUINIENTOS CINCUENTA Y UN MIL TRESCIENTOS CUARENTA Y SEIS PESOS M/CTE					
 NOMBRE: YOHANNA MARCELA HERNANDEZ VARGAS CC 53.130.691 CEL 3212813827						

		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		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			YOHANNA MARCELA HERNANDEZ VARGAS		
NÚMERO DOCUMENTO DE IDENTIDAD			53.130.691		
I. INFORMACIÓN GENERAL DEL CONTRATO DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS					
OBJETO DEL CONTRATO:		PRESTAR SERVICIOS COMO PROMOTOR DE BIENESTAR 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 CONVENIO 6591670/2024 SED			
CONTRATO DE PRESTACION DE SERVICIOS PROFESIONALES		PS 5075 2025		FECHA INICIO CONTRATO	
No.				13/03/2025	
VALOR INICIAL DEL CONTRATO		\$		4.395.481	
VALOR TOTAL DEL CONTRATO INCLUIDO ADICIONES:		\$		4.395.481	
		VALOR DE HONORARIOS PERÍODO A CERTIFICAR:		\$	
				1.551.346	
Nº PAGO / Nº DE INFORME:		1		Nº CRP INICIAL:	
				0	
		Nº CDP INICIAL DEL CONTRATO		853	
PLAZO DEL CONTRATO INCLUYENDO PRORROGAS		UN (1) MES Y VEINTIUN (21) DIAS			
Nº DE PLANILLA DE PAGO DE SEGURIDAD SOCIAL:		N/A		OPERADOR:	
				N/A	
PROCESO EN DONDE SE EJECUTARON LAS ACTIVIDADES:		CONVENIO 6591670-2024 SED DIRECCIÓN DE GESTIÓN INTEGRAL DEL RIESGO EN SALUD			
UNIDAD FUNCIONAL DE EJECUCIÓN DE ACTIVIDADES:		6PM CENTRO DE SALUD PRIMERA DE MAYO			
NOMBRE DEL SUPERVISOR:		LORENZA BECERRA CAMARGO - DIRECTOR TECNICO CODIGO 009 GRADO 05			
II. MODIFICACIONES CONTRACTUALES					
Nº DE MODIFICACIÓN:		Nº (1)		TIPO DE MODIFICACIÓN (ADICIÓN – PRÓRROGA):	
VALOR ADICIONADO		\$		ADICIÓN (1)	
				PRORROGA (1)	
		CDP DE LA		RP DE LA	
		0		TIEMPO	
				0	
III. POLIZAS (SI APLICA)					
¿PACTÓ POLIZAS EN SU CONTRATO?		SI		NO	
				X	
Nº DE PÓLIZA:		NOMBRE DE LA ASEGURADORA:			
		ACTO ADMINISTRATIVO DE			
FECHA DE LA PÓLIZA					
IV. VERIFICACIÓN DE ACTIVIDADES DESARROLLADAS					
<u>SE VERIFICA QUE QUE HA CUMPLIDO CON LAS ACTIVIDADES ASIGNADAS DURANTE EL MES O PERIODO LABORADO Y SE APRUEBA PARA EL PAGO RESPECTIVO.</u>					
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 13/03/2025 AL 31/03/2025					
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: OLGA LUCIA LOPEZ TAPIAS PERFIL: COORDINADORA CONVENIO 6591670/2024			

Levantado en virtud de la ley 10 de 1993 (Artículo 10 de la Ley 10 de 1993)

24022025

1. Nombre	2. Apellido	3. Sexo	4. Fecha de nacimiento	5. Lugar de nacimiento	6. Fecha de expedición	7. Fecha de vigencia
Amador	Vargas	M	27/08/2025	Colombiano		

Aclaración: Este documento es una copia (No tiene validez legal)

8. Documento	9. Número	10. Fecha de expedición	11. Fecha de vigencia
CC	53130691	X	

Bogeta colombiana

II DATOS DE LA ENTIDAD EMISORA (Del Emisor)

12. Nombre	13. Dirección	14. Teléfono	15. Correo electrónico
Sura	Colfondos	1423 000	3212313823 johann-mario.tohu@g.nil.com

III DATOS DE LA ENTIDAD EMISORA DEL DOCUMENTO (Del Documento)

16. Tipo de documento	17. Descripción	18. Fecha de expedición	19. Fecha de vigencia

20. Tipo de documento	21. Descripción	22. Fecha de expedición	23. Fecha de vigencia

24. Tipo de documento	25. Descripción	26. Fecha de expedición	27. Fecha de vigencia

28. Tipo de documento	29. Descripción	30. Fecha de expedición	31. Fecha de vigencia

32. Tipo de documento	33. Descripción	34. Fecha de expedición	35. Fecha de vigencia

36. Tipo de documento	37. Descripción	38. Fecha de expedición	39. Fecha de vigencia

Handwritten mark or signature

ARL

Medellin, 13 de marzo de 2025

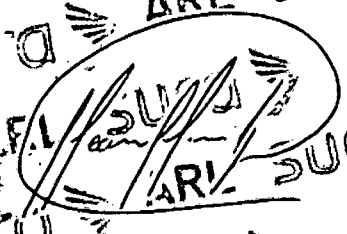
LA DIRECCIÓN DE AFILIACIONES Y RECAUDOS HACE CONSTAR:

Que YOHANNA MARCELA HERNANDEZ VARGAS con documento de identidad C53130691, 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
2025-03-12	3000-12-31	INDEPENDIENTE CON CONTRATO DE PRESTACION DE SERVICIOS SUPERIOR A UN MES	TRABAJADORES INDEPENDIENTES	0000000001	3	2.436	EN COBERTURA



- Medellín 604 4444578
- Bogotá 601 4055911
- Cali 602 3808938
- Pereira 606 3138400

- Manizales 606 8811280
- Bucaramanga 607 6917938
- Cartagena 605 6424938
- Barranquilla 605 3197938

Líneas de atención 01 8000 511 414 6 01 8000 941 414
segurosura.com.co arlsura.com

COLFONDOS S.A. PENSIONES Y CESANTIAS

CERTIFICA QUE:

El(la) Señor(a) **YOHANNA MARCELA HERNANDEZ VARGAS** identificado(a) con C.C No. 53.130.691, se encuentra afiliado(a) al Fondo Pensiones Obligatorias NIT 800.227.940-6.

Se expide la presente certificación a solicitud del afiliado(a) el día 17 de marzo del 2025.

El presente certificado es emitido como un archivo PDF y contiene una firma digitalizada válida para todos sus efectos de conformidad con lo dispuesto en la Ley 527 de 1999.

Cualquier inquietud adicional no dude en escribirnos a través de nuestro portal transaccional www.colfondos.com.co opción PQR's, o comuníquese con nuestro Contact Center a través de las siguientes líneas Bogotá 601 748 48 88, Barranquilla 605 386 98 88, Bucaramanga 607 698 58 88, Cali 602 489 98 88, Cartagena 605 694 98 88, Medellín 604 604 28 88 y en el resto del país 01 800 05 10000.



Leonardo Cáceres García
Gerente Cuentas y Recaudo
Colfondos S.A Pensiones y Cesantías

