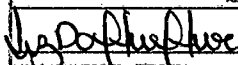
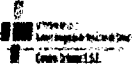
		SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E. APOTU - GESTION DE CONTRATACION FORMATO INFORME DE EJECUCION DE ACTIVIDADES DEL CONTRATO DE PRESTACION DE SERVICIOS Y DE APOYO A LA GESTION		CÓDIGO: AP44-PT-072 VERSIÓN: 2 FECHA: 2024-09-16	
CELEBRADO ENTRE LA SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E. Y LUZ DARY HERRERA HERRERA					
NÚMERO DE DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN:			52.731.187		
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 5110 2025		FECHA INICIO CONTRATO	
VALOR INICIAL DEL CONTRATO		3.705.994		PLAZO INICIAL DEL CONTRATO	
VALOR TOTAL DEL CONTRATO INCLUIDO ADICIONES:		3.705.994		UN (1) MES Y TRECE (13) DIAS	
Nº DE INFORME:		1		Nº CRP:	
PLAZO TOTAL DEL CONTRATO INCLUIDO PRORROGAS:		UN (1) MES Y TRECE (13) DIAS		Nº CRP:	
UNIDAD FUNCIONAL EJECUCION DE ACTIVIDADES:		OPM CENTRO DE SALUD PRIMERA DE MAYO			
NOMBRE DEL AS PRESTADOR:		LORENZA HERRERA CAMARGO - DIRECTOR TECNICO COORDINADOR 009 GRADO 05			
EL MODIFICACIONES CONTRACTUALES					
Nº DE MODIFICACIONES DEL CONTRATO:		0		TIPO DE MODIFICACION:	
VALOR ADICIONADO		0		CRP DE LA ADICION:	
VALOR ADICIONADO		0		CRP DE LA ADICION:	
EL POLIZA					
Nº DE POLIZA EN EL CONTRATO:		53		Nº	
Nº DE POLIZA:		0		NOMBRE DE LA ASESURADORA:	
FECHA DE LA POLIZA:		0		FECHA DE APROBACION:	
IV. ACTIVIDADES REALIZADAS EN EL PERIODO, DE ACUERDO CON EL OBJETO Y LAS OBLIGACIONES ESTABLECIDAS EN EL CONTRATO (Deben ser elaboradas con los obligados especificos del contrato evaluados durante el mes)					
1 Realizar actividades de promoción y prevención, estilos de vida saludable y acompañamiento en tiempos establecidos en la TED Jose Martí					
2 Actuar como apoyo ante las situaciones críticas que requieran la intervención del equipo OCE de la SED					
3 Se realiza actividades de promoción y prevención identificación oportuna de signos de alarma, ante picos respiratorios IRA, ERA, COVID 19 donde se promueve el lavado de manos, uso de tapabocas en la comunidad educativa					
4 Se realiza reporte diario en el Bit de Educativa con actividades desarrolladas, reporte encuesta de satisfacción y encuesta de bienestar. Se cargan en el drive evidencias fotográficas y plan de trabajo semanal					
5 Se realiza apoyo a primer respondiente en caso de accidentes escolares conforme a lo establecido en el artículo 131 del Código Penal Colombiano y acorde a lo establecido en la red 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 53 actividades					
8 Se participa en los espacios de comités de gestión de riesgo y emergencias escolares convocados por los TED 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 saliva y peso y jornadas de vacunación según demanda					
11 Acompañamiento a casos reportados y notificación al componente de vigilancia epidemiológica del mes de marzo					
12 0					
V. INFORMACIÓN DE APORTES A SEGURIDAD SOCIAL					
Nº DE PLANILLA:		0		OPCIONADO:	
CONCEPTO DEL PAGO		ENTIDAD		FECHA DE PAGO	
SALARIO		SALARIO TOTAL		N/A	
PENSIONES		PROTECCION		N/A	
RIESGOS LABORALES		POSITIVA		N/A	
OTROS		COMPENSAR CAJA		N/A	
TOTAL PAGADO		0		0	
VI. DECLARACIONES DEL CONTRATISTA					
1.- Que desarrolló las actividades descritas en el informe anterior, dentro del periodo de cobro.					
2.- Que recibió el pago de la Seguridad Social desde el día se cobró sobre el 40% de los ingresos cancelados del mes anterior pago del cual me doy constancia, sin que en ningún caso el BNC sea menor a 1 SMMLV (de ser el primer pago alguno cancelación de afiliación a EPS, AFP, PENSION, etc)					
3.- Que asumo responsabilidad del cargo: en el aplicativo de apoyo de la cuenta correspondiente al mes cobrado de cobro.					
4.- Que asumo los impuestos a que estoy obligado a pagar, por acatamiento al establecido en la ley.					
VII. ANEXOS					
(Cuando se requiera como una de las obligaciones del contrato)					
Anexo evidencia fotográfica y/o documental que respalde las actividades realizadas en el periodo correspondiente.					
					
LUZ DARY HERRERA HERRERA HOMBRE Y FIRMA DEL CONTRATISTA CC: 52.731.187 CEL: 306250303					

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: 30/04/2025					
NOMBRES Y APELLIDOS:	LUZ DARY HERRERA HERRERA			CC:	52.731.187
CORREO ELECTRÓNICO:	salud.daryherrera@gmail.com			TELÉFONO:	3002503938
DIRECCIÓN DOMICILIO:	Cv 12B este 21 61 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:	BANCOLOMBIA	TIPO DE CUENTA:	AHORROS	N° CUENTA:	91211592706
NÚMERO DEL CONTRATO Y DATOS DE LA ÚLTIMA ADICIÓN (PERIODO OBJETO DE PAGO)					
N° DEL CONTRATO:	PS 5110 2025	N° CDP:	915	N° RP:	11733
FECHA DE INICIO CONTRATO	20/03/2025	FECHA DE TERMINACIÓN CONTRATO:	30/04/2025		PLAZO DEL CONTRATO INCLUIDAS PRORROGAS: EN (1) MES Y TRECE (13) DÍAS VALOR TOTAL DEL CONTRATO INCLUIDO ADICIONES: \$ 2.705.994
PERIODO OBJETO DE COBRO:	DEL 25/03/2025 AL 31/03/2025				
VALOR A PAGAR CORRESPONDIENTE AL PERIODO OBJETO DE COBRO EN (LETRAS Y NÚMEROS)	\$ 517.115 QUINIENTOS DIECISIETE MIL CIENTO QUINCE PESOS SUITE				
 NOMBRE: LUZ DARY HERRERA HERRERA CC: 52.731.187 CEL: 3002503938					

		SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E. APOYO - GESTIÓN DE CONTRATACIÓN FORMATO: INFORME DE SUPERVISIÓN CONTRATO DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS Y APOYO A LA GESTIÓN		CÓDIGO: AP-1A-FT-078 VERSIÓN: 2 FECHA: 2024-09-14	
CELEBRADO ENTRE LA SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E Y					
NOMBRE DEL CONTRATISTA			LUZ DARY HERRERA HERRERA		
NÚMERO DOCUMENTO DE IDENTIDAD			52.731.187		
I. INFORMACIÓN GENERAL DEL CONTRATO DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS					
OBJETO DEL CONTRATO:		PRESTAR SERVICIOS COMO PROMOTOR DE BIENESTAR 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 CONVENIO 6591670/2024 SED			
CONTRATO DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS PROFESIONALES No.		PS 5110 2025		FECHA INICIO CONTRATO 28/03/2025	
VALOR INICIAL DEL CONTRATO		3		3.705.994	
VALOR TOTAL DEL CONTRATO INCLUIDO ADICIONES:		3.705.994		VALOR DE HONORARIOS PERIODO A CERTIFICAR: 517.115	
Nº PAGO / Nº DE INFORME:		1		Nº CRP INICIAL: 11733	
PLAZO DEL CONTRATO INCLUYENDO PRORROGAS		Nº CDP INICIAL DEL CONTRATO 915			
PLAZO DEL CONTRATO INCLUYENDO PRORROGAS		UN (1) MES Y TRECE (13) DIAS			
Nº DE PLANILLA DE PAGO DE SEGURIDAD SOCIAL:		0		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 TÉCNICO CODIGO 009 GRADO 05			
II. MODIFICACIONES CONTRACTUALES					
Nº DE MODIFICACIÓN:		0		TIPO DE MODIFICACIÓN (ADICIÓN - PRORROGA): 0	
VALOR ADICIONADO		0		0	
CDP DE LA		0		RP DE LA 0	
TIEMPO		0		0	
III. POLIZAS (SI APLICA)					
¿PACTÓ POLIZAS EN SU CONTRATO?		SI		NO X	
Nº DE POLIZA:		NOMBRE DE LA ASEGURADORA:			
FECHA DE LA POLIZA		ACTO ADMINISTRATIVO DE			
IV. VERIFICACIÓN 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.					
CUMPLIMIENTO DE REQUISITOS					
ITEM		SI		NO	
1		X			
2		X			
3		X			
4		X			
5		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 25/03/2025 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 TÉCNICO CODIGO 009 GRADO 05			
		NOMBRE Y FIRMA APOYO TECNICO DEL SUPERVISOR: OLGA LUCIA LOPEZ TAPIAS PERFIL: COORDINADORA CONVENIO 6591670/2024			

Bogotá, Abril / 11 de 2025



Señor (a): LUZ DARY HERRERA HERRERA
CC. 52731187
CR 12B ESTE 21 61 SUR
BOGOTÁ

Referencia: Certificado de afiliación a Salud Total EPS-S S.A.

Reciba un Cordial saludo en nombre de Salud Total EPS-S SA,

Por medio de la presente, nos permitimos certificar que, a la fecha de expedición de la presente comunicación, registra en nuestras bases de datos su afiliación al régimen contributivo de Salud Total EPS-S S.A., la cual se realizó a partir de Octubre / 1 de 2019, y su estado afiliación es Activo como COTIZANTE.

CARTA NO VÁLIDA PARA TRASLADO.

En Salud Total EPS-S S.A. 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. Escucharte es la manera de mejorar nuestro servicio por eso conoce los canales por los cuales puedes generar certificaciones. Ingresa a la APP Salud Total EPS-S opción certificaciones o www.saludtotal.com.co Oficina Virtual, portal transaccional.

Cualquier información adicional, con gusto será atendida a través del enlace **Te Escuchamos en www.saludtotal.com.co** o puede comunicarse con nuestra línea 018000114524 a nivel nacional o en Bogotá al teléfono 4854555.

Cordialmente,

GERENCIA DE OPERACIONES COMERCIAL
SALUD TOTAL EPS-S S.A.
Elaboró: *Oficina Virtual*

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 y 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.



Protección

Fondo de Pensiones Obligatorias Protección

NIT 800.229.739

Hace constar que:

El(la) Señor(a) **HERRERA HERRERA LUZ DARY** identificado(a) con **CC** número **52.731.187** se encuentra afiliado(a) en Pensiones Obligatorias a **PROTECCIÓN**, desde el día 01 de mayo de 2008 y sus recursos se encuentran distribuidos como se enuncia a continuación, de conformidad con lo consagrado en el Decreto 2373 de 2010 así:

1. El 20% al FONDO DE PENSIONES OBLIGATORIAS PROTECCIÓN MODERADO
2. El 80% al FONDO DE PENSIONES OBLIGATORIAS PROTECCIÓN MAYOR RIESGO

Esta constancia se expide a petición del interesado(a) el día 11 de abril de 2025.

Cordialmente,



Cesar Mauricio Aubad Echeverry
Equipo Soporte para Clientes

***Importante:** Esta constancia solo hace referencia a los productos mencionados anteriormente.

***Si desea verificar la veracidad de esta información comuníquese con nosotros:**

Línea de servicio Protección: Bogotá: **744 44 64** - Medellín y Cali **510 90 99**

Barranquilla: **319 79 99** - Cartagena: **642 49 99** - Nacional **01 8000 52 8000**

www.proteccion.com

2025041109351

1944

1944

1944

1944

1944

1944

1944

1944

1944

1944

1944

1944

1944

1944

1944

1944

1944

1944

1944

1944