	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					
SOPHIA ROZO MARTINEZ					
NÚMERO DE DOCUMENTO DE IDENTIDAD:	1,033,778,678				
OBJETO DEL CONTRATO:	PRESTAR SERVICIOS COMO PROFESIONAL UNIVERSITARIO EN TRABAJO SOCIAL 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 5168 2025		**FECHA INICIO CONTRATO**	01/04/2025	
VALOR INICIAL DEL CONTRATO	$ 11,994,408	**PLAZO INICIAL DEL CONTRATO**	TRES (3) MESES		
VALOR TOTAL DEL CONTRATO INCLUIDO ADICIONES:	$ 11,994,408		**VALOR DE HONORARIOS PERÍODO A CERTIFICAR:**	$ 3,857,960	
N° DE INFORME:	1	**N° CRP:**		**N° CDP:**	828
PLAZO TOTAL DEL CONTRATO INCLUIDO PRORROGAS	TRES MESES				
UNIDAD FUNCIONAL EJECUCIÓN DE ACTIVIDADES:	SA2 SEDE ADMINISTRATIVA SAN JOSE OBRERO				
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:	0	**TIPO DE MODIFICACIÓN**	**ADICIONES**	0	**PRORROGAS**	0	
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: Desarrollar las actividades que se generen directa e indirectamente del objeto contractual en las unidades de prestación de servicios asignadas de acuerdo con la programación de actividades 2. ACTIVIDADES DESARROLLADAS: * Realizar cinco (5) concertaciones para la cualificación de la atención de las personas que se inyectan drogas. * Participar en la valoración del riesgo de consumo de los usuarios que se inyectan drogas psicoactivas. * Realizar seguimiento a los usuarios que se encuentran en el proceso de atención y que pertenecen a otros meses. * Realizar recorridos de identificaicón de la población PID en los territorios de las localidades de Santa Fe, Los Mártires y La Candelaria. * Participar en la entrega de los kits de inyección de menos riesgos que se dispensan a los usuarios PID que lo requieren. * Realizar canalizaciones a los usuarios PID tanto a la ruta de atención en salud como a la ruta intersectoria, conforme a las necesidades de la población. * Realizar el seguimiento a las canalizaciones realizadas durante el mes de abril. 3. PRODUCTO (EVIDENCIA): * Cinco (5) actas de concertación. * 30 Fichas Punto que contienen la evaluación de los usuarios que consumen sustancias psicoactivas inyectables. * Seis (6) formatos de Intervención, debidamente diligenciados. * Actas de recorridos de identificación realizadas junto con los gestores. * Formatos 1B que contiene la entrega de los kits de inyección de menos riesgo. * Formato SIRC que contiene las canalizaciones realizadas. * Un documento en Excel con el seguimiento a las canalizaciones.

2	1. OBLIGACION: Presentar mensualmente el cronograma de actividades a desarrollar. 2. ACTIVIDADES DESARROLLADAS: * Elaborar el cronograma mensual conforme a los puntos fijos establecidos en las localidades de Santa Fe, Los Mártires y La Candelatioa. * Realizar los ajysres al cronograma, conforme a las necesidades del territorio donde se desarrollan las acciones, 3. PRODUCTO (EVIDENCIA): * Un archivo en Excel que contiene el cronograma mensual. * Un archivo en Excel con el cronograma debidamente ajustado para el mes de abril.
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: * Realizar cinco (5) concertaciones para la cualificación de la atención de las personas que se inyectan drogas. * Participar en la valoración del riesgo de consumo de los usuarios que se inyectan drogas psicoactivas. * Realizar seguimiento a los usuarios que se encuentran en el proceso de atención y que pertenecen a otros meses. * Realizar recorridos de identificaicón de la población PID en los territorios de las localidades de Santa Fe, Los Mártires y La Candelaria. * Participar en la entrega de los kits de inyección de menos riesgos que se dispensan a los usuarios PID que lo requieren. * Realizar canalizaciones a los usuarios PID tanto a la ruta de atención en salud como a la ruta intersectoria, conforme a las necesidades de la población. * Realizar el seguimiento a las canalizaciones realizadas durante el mes de abril. 3. PRODUCTO (EVIDENCIA): * Cinco (5) actas de concertación realizadas en el mes de abril. * 30 Fichas Punto que contienen la evaluación de los usuarios que consumen sustancias psicoactivas inyectables, realizadas durante el mes de abril. * Seis (6) formatos de Intervención, debidamente diligenciados. * Tres (3) actas de recorridos de identificación realizadas junto con los gestores. * Seis (6) formatos 1B que contiene la entrega de los kits de inyección de menos riesgo. * Formato SIRC que contiene las canalizaciones realizadas. * Un (1) documento en Excel con el seguimiento a las canalizaciones correspondientes al mes anterior.
4	1. OBLIGACION: 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: * Realizar los ajustes de los formatos que se elaboraron durante el mes, con el fin de lograr la calidad, la completitud y la oportunidad en todos ellos. 3. PRODUCTO (EVIDENCIA): * Carpeta que contiene los formatos que se deriban en productos, debidamente ajustados.
5	1. OBLIGACION: Cumplir con la meta, actividades y/o productos programados y asignados con la calidad del dato requerida (oportunidad, consistencia, exactitud) desde su perfil profesional y conforme a los anexos y lineamientos técnicos que hagan parte de la relación contractual entre el FDS y la Subred. 2. ACTIVIDADES DESARROLLADAS: * Realizar cinco (5) concertaciones para la cualificación de la atención de las personas que se inyectan drogas. * Participar en la valoración del riesgo de consumo de los usuarios que se inyectan drogas psicoactivas. * Realizar seguimiento a los usuarios que se encuentran en el proceso de atención y que pertenecen a otros meses. * Realizar recorridos de identificaicón de la población PID en los territorios de las localidades de Santa Fe, Los Mártires y La Candelaria. * Participar en la entrega de los kits de inyección de menos riesgos que se dispensan a los usuarios PID que lo requieren. * Realizar canalizaciones a los usuarios PID tanto a la ruta de atención en salud como a la ruta intersectoria, conforme a las necesidades de la población. * Realizar el seguimiento a las canalizaciones realizadas durante el mes de abril. 3. PRODUCTO (EVIDENCIA): * Cinco (5) actas de concertación realizadas en el mes de abril. * 30 Fichas Punto que contienen la evaluación de los usuarios que consumen sustancias psicoactivas inyectables, realizadas durante el mes de abril. * Seis (6) formatos de Intervención, debidamente diligenciados. * Tres (3) actas de recorridos de identificación realizadas junto con los gestores. * Seis (6) formatos 1B que contiene la entrega de los kits de inyección de menos riesgo. * Formato SIRC que contiene las canalizaciones realizadas. * Un (1) documento en Excel con el seguimiento a las canalizaciones correspondientes al mes anterior.
6	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: * Se realizó la socializaicón del documento técnico, de la ficha de SPA y de las metas correspondientes al mes de abril. * Participar en el direccionamiento técnico dirigido por el profesional de apoyo el 03/04/2025. * Participar en la capacitación sobre canalizaciones impartida desde la Sede Administrativa. * Participar en la Asistencia Técnica realizada por la Secretaria de Salud el 09/04/2025. 3. PRODUCTO (EVIDENCIA): * Acta de socializaicón del Documento Técnico. * Tres (3) presentaciones que contiene el documento Técnico, la Ficha Técnica y las Metas. * Acta de direccionamiento técnico del 03/04/2025. * Acta de Asistencia Técnica del 09/04/2025 con la Secretaria de Salud.
7	1. OBLIGACIÓN: Realizar revisión y responder por los formatos de captura, documentos, bases o informes generados como resultado de las acciones o intervenciones realizadas de acuerdo a los lineamientos técnicos de los entornos y procesos transversales del convenio Interadministrativo PSPIC. 2. ACTIVIDADES DESARROLLADAS: * Participar en la valoración del riesgo de consumo de los usuarios que se inyectan drogas psicoactivas. * Realizar seguimiento a los usuarios que se encuentran en el proceso de atención y que pertenecen a otros meses. * Participar en la entrega de los kits de inyección de menos riesgos que se dispensan a los usuarios PID que lo requieren. * Realizar canalizaciones a los usuarios PID tanto a la ruta de atención en salud como a la ruta intersectoria, conforme a las necesidades de la población. * Realizar el seguimiento a las canalizaciones realizadas durante el mes de abril. 3. PRODUCTO (EVIDENCIA): * Cinco (5) actas de concertación realizadas en el mes de abril. * 30 Fichas Punto que contienen la evaluación de los usuarios que consumen sustancias psicoactivas inyectables, realizadas durante el mes de abril. * Seis (6) formatos de Intervención, debidamente diligenciados. * Seis (6) formatos 1B que contiene la entrega de los kits de inyección de menos riesgo. * Formato SIRC que contiene las canalizaciones realizadas. * Un (1) documento en Excel con el seguimiento a las canalizaciones correspondientes al mes anterior.
8	1. OBLIGACIÓN: Notificar los eventos de interés en salud pública detectados en cada una de sus intervenciones. 2. ACTIVIDADES DESARROLLADAS: * Se realizó la notificación de los eventos de consumo problemático VESPA a Epidemiología. * Se realizó la notificaicón de eventos de salud mental SISVECOS. 3. PRODUCTO (EVIDENCIA): * 30 fichas de Punto que contienen la información que da cuenta del riesgo de consumo.
9	1. OBLIGACIÓN: Organizar el archivo de la documentación generada de acuerdo a la normatividad y tabla de retención documental. 2. ACTIVIDADES DESARROLLADAS: * Se realizó una jornada de adecuación del archivo del producto 47, donde se revisaron y legajaron los productos de la estrategia para el mes de abril. 3. PRODUCTO (EVIDENCIA): * Carpetas con los productos debidamente archivados. * Cajas con las carpetas que contienen los productos debidamente archivados, emitidos en el mes de abril.
10	1. OBLIGACIÓN: Dar cumplimiento a las actividades de los procesos TRANSVERSALES del PSPIC, de acuerdo a su competencia: CANALIZACIONES, PAI, Educación para la Salud Publica, GESI, ACCVSYE, Notificación de EISP y Participación Social. 2. ACTIVIDADES DESARROLLADAS: * Realizar canalizaciones a los usuarios PID tanto a la ruta de atención en salud como a la ruta intersectoria, conforme a las necesidades de la población. * Se realizó la notificación de los eventos de consumo problemático VESPA a Epidemiología. * Se realizó la notificaicón de eventos de salud mental SISVECOS. 3. PRODUCTO (EVIDENCIA): * Formato SIRC que contiene las canalizaciones realizadas en el mes de abril. * 30 formatos de Ficha Punto que contiene el patrón de consumo para la poblaicón PID atendida en el mes de abril.

11	1. OBLIGACIÓN: El contratista se obliga a que las glosas que se generen por incumplimiento de las obligaciones contractuales y de acuerdo a los hallazgos que identifique el equipo de seguimiento y/o interventoria del FFDS_SDS al Convenio Interadministrativo PSPIC (conforme al anexo de CRITERIOS DE GLOSA), serán causal de inicio de de procedimiento administrativo sancionatorio de incumplimiento contractual. 2. ACTIVIDADES DESARROLLADAS: * Se garantizó la adecuada ejecucion de las actividades en el desarrollo del grupo poblacional que me fue asignado, aportando los productos que se establecieron en el lineamiento de SPAcios de bienestar y que me fueron socializados de forma oportuna. ademas me cerciore que la informacion consignada en acta y en formatos quedo registrada con plenitud y calidad. 3. PRODUCTO (EVIDENCIA): * Cinco (5) actas de concertación realizadas en el mes de abril. * 30 Fichas Punto que contienen la evaluación de los usuarios que consumen sustancias psicoactivas inyectables, realizadas durante el mes de abril. * Seis (6) formatos de Intervención, debidamente diligenciados. * Seis (6) formatos 1B que contiene la entrega de los kits de inyección de menos riesgo. * Formato SIRC que contiene las canalizaciones realizadas. * Un (1) documento en Excel con el seguimiento a las canalizaciones correspondientes al mes anterior.
12	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: * Registro fotografico de las acciones realizadas en el SPAcio de bienestar. *Traslado de las carpas, sillas, mesas e insumos requeridos para la intervencion de los puntos. 3. PRODUCTO (EVIDENCIA): * Registro fotografiaco * Alistamiento de insumos * Firma de listados de los traslados de vehiculos

V. INFORMACIÓN DE APORTES A SEGURIDAD SOCIAL

No. DE PLANILLA:	CERTIFICADO	**OPERADOR:**	APORTES EN LINEA

CONCEPTO DEL PAGO	**ENTIDAD**	**FECHA DE PAGO**	**VALOR PAGADO**
SALUD:	FAMISANAR		
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 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 periodo correspondiente

SOPHIA ROZO M.

NOMBRE Y FIRMA DEL CONTRATISTA: SOPHIA ROZO MARTINEZ
CC: 1,033,778,678
CEL 3224226941

SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E
APOYO - GESTION DE CONTRATACIÓN
FORMATO CUENTA DE COBRO CONTRATO DE PRESTACION 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:	SOPHIA ROZO MARTINEZ	**CC:**	1,033,778,678
		RUT (NIT):	1033778678-8
CORREO ELECTRÓNICO:	sophiarozo-9997@hotmail.com	**TELÉFONO:**	3224226941
DIRECCIÓN DOMICILIO:	KR 19 1G 46	**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:**	23718753023
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 5168 2025	**N° CDP:**	828	**N°. RP:**		PLAZO DEL CONTRATO INCLUIDAS PRORROGAS: TRES MESES
FECHA DE INICIO CONTRATO	01/04/2025	**FECHA DE TERMINACIÓN CONTRATO:**		30/06/2025		TOTAL DEL CONTRATO INCLUIDO ADICIONES: $ 11,994,408
PERIODO OBJETO DE COBRO:	DEL 03/04/2025 - AL 30/04/2025					
VALOR A PAGAR CORRESPONDIENTE AL PERIODO OBJETO DE COBRO EN (LETRASY NUMEROS)	$ 3,857,960					
	TRES MILLONES OCHOCIENTOS CINCUENTA Y SIETE MIL NOVECIENTOS SESENTA PESOS					

SOPHIA ROZO M.

NOMBRE Y FIRMA DEL CONTRATISTA: SOPHIA ROZO MARTINEZ
CC: 1,033,778,678
CEL: 3224226941

	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	CODIGO: AP LA 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	SOPHIA ROZO MARTINEZ
NÚMERO DOCUMENTO DE IDENTIDAD	1,033,778,678

I. INFORMACION GENERAL DEL CONTRATO DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS

OBJETO DEL CONTRATO:	PRESTAR SERVICIOS COMO PROFESIONAL UNIVERSITARIO EN TRABAJO SOCIAL 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 5168 2025			**FECHA INICIO CONTRATO**	01/04/2025
VALOR INICIAL DEL CONTRATO	$ 11.994.408				
VALOR TOTAL DEL CONTRATO INCLUIDO ADICIONES:	$ 11.994.408			**VALOR DE HONORARIOS PERÍODO A CERTIFICAR:**	$ 3,857,960
N° PAGO / N° DE INFORME:	1 de 1	**N° CRP INICIAL:**		**N° CDP INICIAL DEL CONTRATO**	828
PLAZO DEL CONTRATO INCLUYENDO PRORROGAS	TRES MESES				
N° DE PLANILLA DE PAGO DE SEGURIDAD SOCIAL:	CERTIFICADO		**OPERADOR:**	APORTES EN LINEA	
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 PROFESIONAL ESPECIALIZADO ÁREA DE LA SALUD CÓDIGO 242 GRADO 30				

II. MODIFICACIONES CONTRACTUALES

N° DE MODIFICACIÓN:	0	**TIPO DE MODIFICACIÓN (ADICIÓN – PRÓRROGA):**				ADICIÓN (0)	PRÓRROGA (0)
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 03/04/2025 al 30/04/2025

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

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

NOMBRE Y FIRMA APOYO TECNICO DEL SUPERVISOR:
CLAUDIA IRENE SEGURA VERA
PERFIL:
PROFESIONAL ESPECIALIZADO REFERENTE DE GESTION

Famisanar

NIT 830.003.564-7

FORMULARIO ÚNICO DE AFILIACIÓN Y REGISTRO DE NOVEDADES AL SGSSS

No. de Radicación SAT

1. DATOS DEL TRÁMITE — Lea las instrucciones que se encuentran anexas al formulario antes de diligenciarlo — Fecha 08-04-2025

1. Tipo de trámite	2. Tipo de Afiliación	3. Régimen	4. Contribución solidaria	5. Tipo de afiliado	6. Tipo de cotizante	7. Código
A. Afiliación ☐ B. Reporte de novedades X	A. Individual Cotizante o cabeza de familia ☐ Beneficiario o afiliado adicional ☐ B. Colectiva ☐ C. Institucional ☐ D. Otros ☐	A. Contributivo X B. Subsidiado ☐	SI ☐ NO ☐	A. Cotizante X C. Beneficiario ☐ B. Cabeza de familia ☐ D. Afiliado adicional ☐	A. Dependiente ☐ B. Independiente X C. Pensionado ☐	a registrar por la EPS

A. AFILIACIÓN II. DATOS BÁSICOS DE IDENTIFICACIÓN (del cotizante, cabeza de familia o beneficiario cuando aplique o afiliado adicional)

8. Apellidos y nombres			
ROZO	MARTINEZ	SOPHIA	

9. Tipo de documento de identidad	10. Número del documento de identidad	11. Sexo biológico	12. Sexo identificación	13. Nacionalidad
CC	1033788678	Femenino X Masculino ☐		

14. Lugar de nacimiento	País	Departamento	Municipio	15. Fecha de nacimiento
Bogotá DC	Colombia	Bogotá D.C	Bogotá D C	09 08 1995

III. DATOS COMPLEMENTARIOS (Datos personales)

16. Etnia	17. Comunidad	18. Discapacidad	Categoría de discapacidad	19. Tiene encuesta SISBÉN	20. Clase población SISBÉN	21. Grupo de población especial
		SI ☐ NO ☐		SI ☐ NO ☐	Rural ☐ Urbano ☐	

22. Administradora de Riesgos Laborales - ARL	23. Administradora de Pensiones	24. Ingreso base de cotización - IBC	25. Tarifa contribución solidaria
		$3990000	

26. Residencia		
KRA 13 Nº 16 46	3224226941	
Cundinamarca Bogotá D.C	Zona Urbana X Zona Rural ☐ Centro Poblado ☐ Resguardo ☐	

IV. DATOS DE IDENTIFICACIÓN DE LOS MIEMBROS DEL NÚCLEO FAMILIAR (Datos básicos de identificación del cónyuge o compañero(a) permanente del cotizante)

27. Apellidos y nombres				

28. Tipo de documento de identidad	29. Número del documento de identidad	30. Sexo biológico	31. Sexo identificación	32. Nacionalidad
		Femenino ☐ Masculino ☐	☐ ☐ ☐	

33. Lugar de nacimiento	País	Departamento	Municipio	34. Fecha de nacimiento

Datos básicos de identificación de los hijos del cotizante

	35. Apellidos y nombres	36. Tipo de documento de identidad	37. Número del documento de identidad	38. Nacionalidad	39. Sexo biológico	40. Sexo identificación	41. Lugar de nacimiento	42. Fecha de nacimiento
B1								
B2								
B3								
B4								
B5								

Datos complementarios de beneficiarios

	43. Parentesco	44. Etnia	45. Comunidad	46. Grupo de población especial	47. Tiene encuesta SISBÉN	48. Clase población SISBÉN	49. Discapacidad	50. Discapacidad permanente
B1								
B2								
B3								
B4								
B5								

RECIBIDO 04 ABR 2025 NO INSCRIBIR/ACTUALIZAR HASTA VERIFICAR

51. Datos de residencia

	Departamento	Municipio / Distrito	Zona	Caserío / Vereda	Nombre Edificio	Cargo Postal	Manzana	Teléfono fijo y/o celular	52. Valor de la UPC del afiliado adicional a reportar por la EPS
B1									
B2									
B3									
B4									
B5									

	Dirección	Localidad / Comuna	Correo electrónico
B1			
B2			
B3			
B4			
B5			

Claudia Chavez 3214103439 29944

Powered by CamScanner

ARL

sura

Medellin, 3 de abril de 2025

LA DIRECCIÓN DE AFILIACIONES Y RECAUDOS HACE CONSTAR:

Que **SOPHIA ROZO MARTINEZ** con documento de identidad **C1033778678**, 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
2025-04-01	3000-12-31	INDEPENDIENTE CON CONTRATO DE PRESTACION DE SERVICIOS SUPERIOR A UN MES	TRABAJADORES INDEPENDIENTES	0000000001	3	2.436	EN COBERTURA

VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA

porvenir
sólo hay uno

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

FONDO DE PENSIONES OBLIGATORIAS PORVENIR

CERTIFICA QUE:

SOPHIA ROZO MARTINEZ, identificado(a) con cédula de ciudadanía **1.033.778.678**, se encuentra afiliado(a) al **Fondo de Pensiones Obligatorias Porvenir**.

La presente certificación se expide el 3 de Abril del 2025.

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 141044812900

(415)7707212489984(8020) 000014104481290 0

5. Número de Identificación Tributaria (NIT)	6. DV	12. Dirección seccional		14. Buzón electrónico
1 0 3 3 7 7 8 6 7 8	3	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	1033778678	

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
ROZO	MARTINEZ	SOPHIA	

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 19 1 G 46 P 1

42. Correo electrónico: sophiarozo-999@hotmail.com

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

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
7 2 2 0	2 0 2 4 0 5 0 9							

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

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
54. Código									

11	12	13	14	15	16	17	18	19	20

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

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 ROZO MARTINEZ SOPHIA

985. Cargo CONTRIBUYENTE

CERTIFICADO DOCUMENTO SIN COSTO