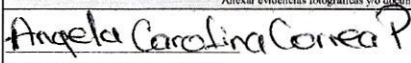

 SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E APOYO - GESTIÓN DE CONTRATACIÓN FORMATO INFORME DE EJECUCIÓN DE ACTIVIDADES DEL CONTRATO DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS Y DE APOYO A LA GESTIÓN		CÓDIGO: AP-IA-PT-077 VERSIÓN: 2 FECHA: 2024-09-16	
CELEBRADO ENTRE LA SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E Y			
ANGELA CAROLINA CORREA PARODY			
NÚMERO DE DOCUMENTO DE IDENTIDAD:		1.140.842.414	
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 5242 2025	FECHA INICIO CONTRATO	23/4/2025
VALOR INICIAL DEL CONTRATO	\$ 775.673	PLAZO INICIAL DEL CONTRATO	NUEVE (9) DIAS
VALOR TOTAL DEL CONTRATO INCLUIDO ADICIONES:	\$ 775.673	VALOR DE HONORARIOS PERÍODO A CERTIFICAR:	\$ 689.487
Nº DE INFORME:	1	Nº CRP:	14733
		Nº CDP:	1262
PLAZO TOTAL DEL CONTRATO INCLUIDO PRORROGAS	NUEVE (9) DIAS		
UNIDAD FUNCIONAL EJECUCIÓN DE ACTIVIDADES:	6ºM 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:	0	TIPO DE MODIFICACIÓN	ADICIONES 0 PRORROGAS 0
VALOR ADICIONADO	\$ -	CDP DE LA ADICIÓN:	0 CRP DE LA ADICIÓN: 0
			0 TIEMPO PRORROGADO: 0
III. POLIZAS			
¿PACTÓ POLIZAS EN SU CONTRATO?	SI	NO	X
Nº DE PÓLIZA:		NOMBRE DE LA ASEGURADORA:	
FECHA DE LA PÓLIZA:		FECHA DE APROBACIÓN:	
IV. ACTIVIDADES REALIZADAS EN EL PERIODO, 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 San Francisco De Asis		
2	Actuar como apoyo ante las situaciones críticas que requieran la intervención del equipo OCE de la SED		
3	Fomentar estilos de vida saludable mediante programa de estrategias pedagógicas, líneas pedagógicas en cada una de las IED asignadas		
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	Para el mes de Abril el cumplimiento es de 30 actividades		
7	Se participa en los espacios de comités de gestión de riesgo y emergencias escolares convocados por las IED a demanda		
8	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		
V. INFORMACIÓN DE APORTES A SEGURIDAD SOCIAL			
Nº DE PLANILLA:	CERTIFICADOS	OPERADOR:	N/A
CONCEPTO DEL PAGO	ENTIDAD	FECHA DE PAGO	VALOR PAGADO
SALUD:	COMPENSAR	N/A	\$ -
PENSIÓN:	PORVENIR	N/A	\$ -
RIESGOS LABORALES:	POSITIVA	N/A	\$ -
OTRO	N/A	N/A	\$ -
TOTAL PAGADO			\$ -
VI. DECLARACIONES DEL CONTRATISTA			
1.- Que desarrollé las actividades descritas en el informe anexo, dentro del periodo de cobro. 2.- Que recibí el pago de la Seguridad Social donde el Ibc se calculó sobre el 40% de los ingresos imputados del mes anterior pago del cual anexo copia simple, sin que en ningún caso el IBC sea mayor a 1 SMMU.V (de ser el primer pago adjunto certificaciones de afiliación a eps, arl, pensión, rut) 3.- Que adjunto evidencia del cargo en el aplicativo scop 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			
 ANGELA CAROLINA CORREA PARODY NOMBRE Y FIRMA DEL CONTRATISTA CC: 1.140.842.414 CEL: 1054680341			

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: 31/05/2025						
NOMBRES Y APELLIDOS:	ANGELA CAROLINA CORREA PARODY			CC:	1.140.842.414	
				RUT (NIT):		
CORREO ELECTRÓNICO:	ANGIECAROLINAPARODY@HOTMAIL.COM			TELÉFONO:	3006265107	
DIRECCIÓN DOMICILIO:	KR 23 41 26			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 párrafo 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:	52548949424
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 5242 2025	N° CDP:	1262	N° RP:	14733	PLAZO DEL CONTRATO INCLUIDAS PRORROGAS: NUEVE (9) DIAS
FECHA DE INICIO CONTRATO	23/04/2025	FECHA DE TERMINACIÓN CONTRATO:	30/04/2025		VALOR TOTAL DEL CONTRATO INCLUIDO ADICIONES : NUEVE (9) DIAS	
PERIODO OBJETO DE COBRO:	23/04/2025 al 30/04/2025					
VALOR A PAGAR CORRESPONDIENTE AL PERIODO OBJETO DE COBRO EN (LETRAS Y NUMEROS)	S 689.487					
SEISCIENTOS OCHENTA Y NUEVE MIL CUATROCIENTOS OCHENTA Y SIETE PESOS M/CTE						
						
NOMBRE: ANGELA CAROLINA CORREA PARODY CC 1.140.842.414 CEL 3006265107						



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 ANGELA CAROLINA CORREA PARODY

NÚMERO DOCUMENTO DE IDENTIDAD 1.140.842.414

I. INFORMACION GENERAL DEL CONTRATO DE PRESTACION 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 No. PS 5242 2025 **FECHA INICIO CONTRATO** 23/04/2025

VALOR INICIAL DEL CONTRATO \$ 775.673

VALOR TOTAL DEL CONTRATO INCLUIDO ADICIONES: \$ 775.673 **VALOR DE HONORARIOS PERÍODO A CERTIFICAR:** \$ 689.487

Nº PAGO / Nº DE INFORME: 1 **Nº CRP INICIAL:** 14733 **Nº CDP INICIAL DEL CONTRATO** 1262

PLAZO DEL CONTRATO INCLUYENDO PRORROGAS NUEVE (9) DIAS

Nº DE PLANILLA DE PAGO DE SEGURIDAD SOCIAL: CERTIFICADOS **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: 0 **TIPO DE MODIFICACIÓN (ADICIÓN – PRÓRROGA):** 0 **0**

VALOR ADICIONADO \$ - **CDP DE LA** 0 **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:**

FECHA DE LA PÓLIZA **ACTO ADMINISTRATIVO DE**

IV. VERIFICACION 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.

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 23/04/2025 al 30/04/2025

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 7827009/2025

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 Angela Carolina Correa Parody, identificado(a) con CC número 1140842414, está registrado(a) en el POS DE EPS SANITAS con la siguiente información:

TIPO Y NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN	CC 1140842414
NOMBRES Y APELLIDOS	Angela Carolina Correa Parody
TIPO DE AFILIADO	Beneficiario
PARENTESCO	Conyuge
FECHA DE NACIMIENTO	08/08/1991
ESTADO DE LA AFILIACIÓN	0 Tiene Derecho A Cobertura Integral
CAUSA ESTADO DE AFILIACIÓN	10 - Cobertura Integral
FECHA DE INGRESO A EPS SANITAS	01/05/2020
FECHA DE RETIRO LABORAL / EPS SANITAS	30/11/2024
SEMANAS COTIZADAS EN EPS SANITAS	4 semanas
SEMANAS COTIZADAS EN OTRA EPS	Sin semanas reportadas en EPS SANITAS
SEMANAS COTIZADAS EN ÚLTIMO AÑO	4 semanas
RÉGIMEN	Contributivo
FECHA DE AFILIACIÓN AL RÉGIMEN	14/01/2025
NIVEL SISBEN	1
EMPLEADOR(ES)*	

CEDULA DE CIUDADANIA 1140842414 ANGELA CAROLINA
CORREA PARODY Desde 01/08/2024 Hasta
30/11/2024CEDULA DE CIUDADANIA 1140842414 ANGELA
CAROLINA CORREA PARODY Desde 30/06/2024 Hasta
30/06/2024CEDULA DE CIUDADANIA 1140842414 Trabajador
Independiente Desde 26/06/2024 Hasta 26/06/2024

COLFONDOS S.A. PENSIONES Y CESANTIAS

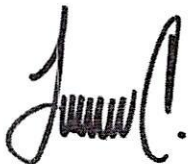
CERTIFICA QUE:

El(la) Señor(a) ANGELA CAROLINA CORREA PARODY identificado(a) con C.C No. 1.140.842.414, 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 08 de abril 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



SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E.
APOYO - GESTIÓN DE CONTRATACIÓN
FORMATO AFILIACIÓN ADMINISTRADORA DE RIESGOS LABORALES

CÓDIGO: AP-IA-FT-024
VERSIÓN: 03
FECHA: 2023-03-17

LA INFORMACIÓN DEBE SER LEGIBLE

SI SE ENCUENTRA ACTUALMENTE AFILIADO A UNA ARL, RELACIONE SU NOMBRE

NO

NOMBRE ARL

A QUE ARL DESEA QUE LA SUBRED CENTRO ORIENTE, REALICE LA AFILIACION

SURA

NOMBRE ARL

CC-CEDULA DE CIUDADANIA

CC 1140842414

TIPO DE DOCUMENTO

Numero de Documento

ANGELA

CAROLINA

CORREA

PARODY

Primer Nombre

Segundo Nombre

Primer Apellido

Segundo Apellido

8/08/1991

SOACHA

Kra 23 41 26

Fecha de Nacimiento

Ciudad de Residencia

Dirección de Residencia

SANITAS

EPS - Salud

COLFONDOS

AFP - Pensiones

\$

Honorarios

AUXILIAR DE ENFERMERIA

Perfil/ Profesión

giecarolinaparody@hotmail.c

Correo Electrónico

3006265107

Celular

Firma del Afiliado

SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE

**NOTA: Cualquier novedad requerida debe ser notificada al correo
arlcontratacionops@subredcentrooriente.gov.co**

Av caracas 33a - 11 3282828 - ext 11011