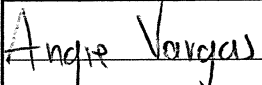
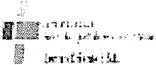
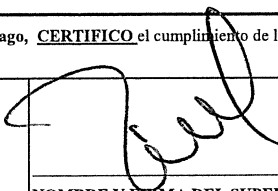
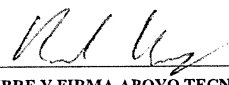
		SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E APOYO – GESTION DE CONTRATACIÓN FORMATO INFORME DE EJECUCIÓN DE ACTIVIDADES DEL CONTRATO DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS Y DE APOYO A LA GESTIÓN		CÓDIGO: AP-IA-FT-077 VERSIÓN: 2 FECHA: 2024-09-16	
CELEBRADO ENTRE LA SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E Y					
ANGIE NATALIA VARGAS PINTO					
NÚMERO DE DOCUMENTO DE IDENTIDAD:			1,026,306,497		
OBJETO DEL CONTRATO:		PRESTAR SERVICIOS TÉCNICOS COMO AUXILIAR ENFERMERÍA PARA DESARROLLAR ACTIVIDADES EN LA DIRECCIÓN DE SERVICIOS AMBULATORIOS DE LA SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS EN SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E.			
CONTRATO DE PRESTACION DE SERVICIOS PROFESIONALES No.		PS 5285 2025		FECHA INICIO CONTRATO	
				30/04/2025	
VALOR INICIAL DEL CONTRATO		\$ 4,411,337		PLAZO INICIAL DEL CONTRATO	
				TREINTA DE ABRIL DEL DOS MIL VEINTICINCO (30/04/2025)	
VALOR TOTAL DEL CONTRATO INCLUIDO ADICIONES:		\$ 4,411,337		VALOR DE HONORARIOS PERÍODO A CERTIFICAR:	
				2.169.510	
Nº DE INFORME:		1		Nº CRP:	
				1356	
PLAZO TOTAL DEL CONTRATO INCLUIDO PRORROGAS		DOS MESES (2)		Nº CDP:	
				16123	
UNIDAD FUNCIONAL EJECUCIÓN DE ACTIVIDADES:		6CD CARCEL DISTRITAL			
NOMBRE DEL SUPERVISOR:		GUILLERMO RUBIO GUIZA LIDER HOSPITAL UNIVERSITARIO SANTA CLARA			
II. MODIFICACIONES CONTRACTUALES					
Nº DE MODIFICACIONES DEL CONTRATO:		0		TIPO DE MODIFICACIÓN	
				ADICIONES	
VALOR ADICIONADO		\$ -		PRORROGAS	
				0	
CDP DE LA ADICIÓN:				CRP DE LA ADICIÓN:	
III. POLIZAS					
¿PACTÓ POLIZAS EN SU CONTRATO?		SI		NO	
				X	
Nº DE PÓLIZA:		NO APLICA		NOMBRE DE LA ASEGURADORA:	
				NO APLICA	
FECHA DE LA PÓLIZA		NO APLICA		FECHA DE APROBACIÓN:	
				NO APLICA	
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		APOYAR ACTIVIDADES COMPLEMENTARIAS DE ATENCIÓN, COMO SON: TOMA DE LABORATORIOS DE PRIMER NIVEL, INYECTOLOGÍA, ENTREGA DE MEDICAMENTOS BÁSICOS, CURACIONES Y PROGRAMA DE CRÓNICOS, ENTRE OTROS.			
2		APOYAR LA REALIZACIÓN DE ACTIVIDADES DE PREVENCIÓN, ATENCIÓN Y SEGUIMIENTO A LAS PERSONAS PRIVADAS DE LA LIBERTAD, EN TEMAS RELACIONADOS A LAS PATOLOGÍAS PRINCIPALES, DE ACUERDO A PERFIL EPIDEMIOLÓGICO, SALUD MENTAL Y CONSUMO DE SUSTANCIAS PSICOACTIVAS.			
3		APOYAR LA REALIZACIÓN CHARLAS EDUCATIVAS EN TEMAS DE SALUBRIDAD Y AUTOCUIDADO, DETECCIÓN DE SINTOMÁTICOS RESPIRATORIOS Y APLICACIÓN DE PRUEBAS RÁPIDAS PARA DETECCIÓN DE VIH Y SÍFILIS.			
4		REALIZAR RECORRIDO POR EL ÁREA DE PROTECCIÓN Y SEGURIDAD VALORANDO AL PERSONAL PRIVADO DE LIBERTAD QUE SE ENCUENTRE SEGREGADO POR MOTIVOS DE SALUD.			
5		APOYAR EL EXAMEN MÉDICO EL DÍA DEL INGRESO DE LAS PERSONAS PRIVADAS DE LA LIBERTAD.			
15		Cumplir las 210 HORAS por prestación de servicios en cumplimiento del contrato No PS 5285 2025			
V. INFORMACIÓN DE APORTES A SEGURIDAD SOCIAL					
No. DE PLANILLA:		NUEVO		OPERADOR:	
				NUEVO	
CONCEPTO DEL PAGO		ENTIDAD		FECHA DE PAGO	
		COMPENSAR		NUEVO	
SALUD:				VALOR PAGADO	
		PORVENIR		NUEVO	
PENSIÓN:				NUEVO	
RIESGOS LABORALES:		SURA		RIESGO V	
				NUEVO	
OTRO					
		TOTAL PAGADO		\$ 0	
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 calculo 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 SMMVLV (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					
					
NOMBRE Y FIRMA DEL CONTRATISTA: ANGIE NATALIA VARGAS PINTO					
CC:1026306497					
CEL:3229399377					

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	
DATOS DEL CONTRATISTA					
FECHA DE DILIGENCIAMIENTO: (31/05/2025)					
NOMBRES Y APELLIDOS:	ANGIE NATALIA VARGAS PINTO			CC:	1026306497
				RUT (NIT):	1026306497-7
CORREO ELECTRÓNICO:	nathalia.pinto18@gmail.com			TELÉFONO:	3229399377
DIRECCIÓN DOMICILIO:	cll 44 A sur #505 este			CIUDAD:	BOGOTA
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.					
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	N° CUENTA:
NOMBRE DEL BANCO (APLICA CUANDO EL BANCO NO SE ENCUENTRE EN LA LISTA DESPLIEGABLE)			0550488444463274		
NÚMERO DEL CONTRATO Y DATOS DE LA ÚLTIMA ADICIÓN (PERIODO OBJETO DE PAGO)					
N° DEL CONTRATO:	PS 5285 2025	N° CDP:	1356	N° RP:	16123
PLAZO DEL CONTRATO INCLUIDAS PRORROGAS : DOS MESES (2)					
FECHA DE INICIO CONTRATO	30/04/2025	FECHA DE TERMINACIÓN CONTRATO:		30/06/2025	
VALOR TOTAL DEL CONTRATO INCLUIDO ADICIONES: 4.411.337					
PERIODO OBJETO DE COBRO:	DEL 01/05/2025 AL 31/05/2025				
VALOR A PAGAR CORRESPONDIENTE AL PERIODO OBJETO DE COBRO EN (LETRAS Y NUMEROS)	2.169.510				
DOS MILLONES CIENTO SESENTA Y NUEVE MIL QUINIENTOS DIEZ PESOS M/CTE					
 NOMBRE Y FIRMA DEL CONTRATISTA ANGIE NATALIA VARGAS PINTO C.C 1026306497 cel: 3229399377					

		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		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			ANGIE NATALIA VARGAS PINTO		
NÚMERO DOCUMENTO DE IDENTIDAD			1,026,306,497		
I. INFORMACION GENERAL DEL CONTRATO DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS					
OBJETO DEL CONTRATO:	PRESTAR SERVICIOS TÉCNICOS COMO AUXILIAR ENFERMERÍA PARA DESARROLLAR ACTIVIDADES EN LA DIRECCIÓN DE SERVICIOS AMBULATORIOS DE LA SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS EN SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E.				
CONTRATO DE PRESTACION DE SERVICIOS PROFESIONALES No.		PS 5285 2025	FECHA INICIO CONTRATO		30/04/2025
VALOR INICIAL DEL CONTRATO		4.411.337			
VALOR TOTAL DEL CONTRATO INCLUIDO ADICIONES:	\$	4,411,337.00	VALOR DE HONORARIOS PERÍODO A CERTIFICAR:		2.169.510
Nº PAGO / Nº DE INFORME:	1	Nº CRP INICIAL:	1356	Nº CDP INICIAL DEL CONTRATO	16123
PLAZO DEL CONTRATO INCLUYENDO PRORROGAS	DOS MESES (2)				
Nº DE PLANILLA DE PAGO DE SEGURIDAD SOCIAL:	NUEVO	OPERADOR:	COMPENSAR		
PROCESO EN DONDE SE EJECUTARON LAS ACTIVIDADES:	AMBULATORIOS				
UNIDAD FUNCIONAL DE EJECUCIÓN DE ACTIVIDADES:	6CD CARCEL DISTRITAL				
NOMBRE DEL SUPERVISOR:	GUILLERMO RUBIO GUIZA LIDER HOSPITAL UNIVERSITARIO SANTA CLARA				
II. MODIFICACIONES CONTRACTUALES					
Nº DE MODIFICACIÓN:	Nº (0)	TIPO DE MODIFICACIÓN (ADICIÓN – PRÓRROGA):		ADICION (0)	PRORROGA (0)
VALOR ADICIONADO	\$	CDP DE LA ADICIÓN:	RP DE LA ADICIÓN:	TIEMPO PRORROGADO:	
III. POLIZAS (SI APLICA)					
¿PACTÓ POLIZAS EN SU CONTRATO?	SI	NO		X	
Nº DE PÓLIZA:	N/A	NOMBRE DE LA ASEGURADORA:		N/A	
FECHA DE LA PÓLIZA	N/A	ACTO ADMINISTRATIVO DE		N/A	
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 (01/05/2025) AL (31/05/2025)					
FIRMA DE QUIEN CONVALIDA EL CUMPLIMIENTO DE LAS OBLIGACIONES PARA EL PRESENTE PERIODO DE PAGO:					
		NOMBRE Y FIRMA DEL SUPERVISOR: GUILLERMO RUBIO GUIZA CARGO: LIDER HOSPITAL UNIVERSITARIO SANTA CLARA.			
					
		NOMBRE Y FIRMA APOYO TECNICO DEL SUPERVISOR: DANIEL FELIPE URREGO GARCIA PERFIL: TECNOLOGO ADMINISTRATIVO			



DAVIVIENDA

CERTIFICADO

**BOGOTA, D.C.,
BOGOTA, D.C.,
COLOMBIA,
A quien interese**

13/05/2025

Por medio de la presente hacemos constar que **la señora ANGIE NATALIA VARGAS PINTO** con **Cédula de Ciudadanía** número **1026306497**

Posee en el banco Davivienda:

CUENTA DE AHORROS DAMAS

Número	0550488444463274
Fecha de apertura	01/04/2024

Cordialmente,

BANCO DAVIVIENDA



**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:

ANGIE NATALIA VARGAS PINTO, identificado(a) con cédula de ciudadanía **1.026.306.497**, se encuentra afiliado(a) al **Fondo de Pensiones Obligatorias Porvenir** y al **Fondo de Cesantías Porvenir**.

La presente certificación se expide el 13 de Mayo del 2025.

Cordialmente,

Gerencia de Clientes



Tenga en cuenta:

En este momento de su vida, lo que más le conviene es estar en un fondo privado como Porvenir, ¿por que? porque está acumulando semanas, ahorrando dinero y obteniendo rendimiento.

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

CERTIFICA QUE

Que el(la) señor(a) ANGIE NATALIA VARGAS PINTO identificado(a) con Cedula Ciudadania 1026306497, se encuentra Activo en el Plan de Beneficios de Salud PBS, de la EPS Compensar como cotizante Independiente contrato de prestación según información contenida a la fecha en nuestra base de datos.

Fecha Afiliación	Fecha Retiro
20210510	No Registrada

El presente certificado se expide a solicitud del (la) interesado(a), a los 14 días del mes de Abril de 2.025

Observaciones:

Con destino a:

A QUIÉN CORRESPONDA

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 multifiliación en el SGSSS..

Cordialmente,
COMPENSAR EPS.

Elaboró: PORTAL CORPORATIVO
28503032

CER-AFI

Medellín, 14 de mayo de 2025

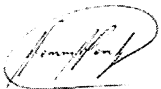
CERTIFICADO DE AFILIACIÓN – ARL SURA

La Administradora de Riesgos Laborales, SEGUROS DE VIDA SURAMERICANA S.A.NIT 890.903.790 - 5, certifica:

Que ANGIE NATALIA VARGAS PINTO identificado(a) con C1026306497 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:C10263064972513433873

Atentamente,



Dirección de Afiliaciones y Recaudos

