



**SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E**  
**APOYO – GESTION DE CONTRATACION**  
**FORMATO INFORME DE EJECUCIÓN Y SUPERVISION DE ACTIVIDADES DEL CONTRATO DE**  
**PRESTACIÓN DE SERVICIOS Y DE APOYO A LA GESTIÓN**

CÓDIGO: AP-IA-FT-077  
 VERSIÓN: 2  
 FECHA: 2025-06-09

**CELEBRADO ENTRE LA SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E Y**  
**YEIMY ALEJANDRA PATIÑO GUERRERO**

CON C.C N° 1.023.980.021

**OBJETO DEL CONTRATO:** PRESTAR SERVICIOS PROFESIONALES EN ENFERMERIA 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 PARA EL 7124331-2024 CONVENIO MAS BIENESTAR

**CONTRATO DE PRESTACION DE SERVICIOS PROFESIONALES No.** PS 5898 2025 **FECHA INICIO CONTRATO** 9/07/2025

**VALOR INICIAL DEL CONTRATO** \$ 3.164.125 **No. HORAS EJECUTADAS** 140

**VALOR TOTAL DEL CONTRATO INCLUIDO ADICIONES:** \$ 3.164.125 **VALOR DE HONORARIOS PERIODO A CERTIFICAR:** \$ 3.140.200

**PLAZO TOTAL DEL CONTRATO INCLUIDO PRORROGAS** VEINTIDOS (22) DIAS

**UNIDAD FUNCIONAL EJECUCIÓN DE ACTIVIDADES:** SA2 SEDE ADMINISTRATIVA SAN JOSE OBRERO

**NOMBRE DEL SUPERVISOR:** LORENZA BECERRA CAMARGO - DIRECTOR TECNICO CODIGO 009 GRADO0 05

ITEM	II. 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	REALIZAR IMPLEMENTACIONES A EL PLAN DE CUIDADO FAMILIAR EN LAS LOCALIDADES ESTABLECIDAS
2	PARTICIPAR EN ACTIVIDADES DE SEGUIMIENTO CON PROFESIONAL DE CANALIZACIÓN
3	ASISTIR A INDUCCIONES CON LA JEFE ENCARGADA DE LAS CANALIZACIONES
4	SUBIR INFORMACIÓN DE LAS INTERVENCIONES DESARROLLADAS EN EL APPLICATIVO, OPORTUNAMENTE.
5	PARTICIPAR DE REUNIÓN DE LOS EQUIPOS BASICOS EXTRAMURALES DE HOGAR , PROGRAMADA POR LA PROFESIONAL DE APOYO.
6	REALIZAR PRE CRITICA O PRE AUDITORIA, A LOS PRODUCTOS ENTREGADOS DURANTE EL PERIODO.
7	REALIZAR LECTURA Y APROPIACION DE LOS LINEAMIENTOS TÉCNICOS DEL EQUIPO BASICO EXTRAMURAL DE HOGAR
8	
9	
10	
11	
12	
13	

**III. VERIFICACION DE ACTIVIDADES DESARROLLADAS**

SE VERIFICA QUE HA CUMPLIDO CON LAS ACTIVIDADES ASIGNADAS DURANTE EL MES O PERIODO EJECUTADO 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 cláusula "Forma de Pago, CERTIFICO el cumplimiento de las obligaciones pactadas con el contratista, para el pago correspondiente al periodo del (09/07/2025) AL (31/07/2025)

**IV. INFORMACIÓN DE APORTES A SEGURIDAD SOCIAL**

No. DE PLANILLA:	CERTIFICADOS	OPERADOR:	MI PLANILLA
<b>CONCEPTO DEL PAGO</b>	ENTIDAD	FECHA DE PAGO	VALOR PAGADO
<b>SALUD:</b>	COMPENSAR		\$ 0
<b>PENSIÓN:</b>	COLFONDOS		\$ 0
<b>RIESGOS LABORALES:</b>	POSITIVA		\$ 0
<b>OTRO</b>			\$ -
	<b>TOTAL PAGADO</b>		\$ 0

**V. 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 calculo 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 afiliacion a eps, arl, pension, 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.

**VI. ANEXOS**


(Cuando se requiera como una de las obligaciones del contrato)

Anexar evidencias fotograficas/y/o documentales que soporten las actividades realizadas en el periodo correspondiente

<b>NOMBRE Y FIRMA DEL CONTRATISTA</b>	 YEIMY ALEJANDRA PATIÑO GUERRERO CC No. 102380021
<b>FIRMA DE QUIEN VALIDA</b>	 LILLIANA TELLEZ VALBUENA SUPERVISOR ALTERNO
<b>FIRMA DE QUIEN CONVALIDA EL CUMPLIMIENTO DE LAS OBLIGACIONES PARA EL PRESENTE PERIODO DE PAGO:</b>	 LORENZA BECERRA CAMARGO SUPERVISOR DEL CONTRATO

**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: 7**  
**FECHA: 2025-06-09**

DATOS DEL CONTRATISTA					
FECHA DE DILIGENCIAMIENTO: 31/07/2025					
NOMBRES Y APELLIDOS:	YEIMY ALEJANDRA PATIÑO GUERRERO			CC:	1023980021
CORREO ELECTRÓNICO:	al3iandra1999@gmail.com			TELÉFONO:	3203903550
DIRECCIÓN DOMICILIO:	KR 1 23 27 SUR			CIUDAD:	BOGOTA
Manifiesto bajo la gravedad del juramento					
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>					
<b>Régimen Simple De Tributación</b> : 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:	BANCO CAJA SOCIAL		TIPO DE CUENTA:	AHORROS	Nº CUENTA: 24112090584
DATOS DEL PERIODO OBJETO DE PAGO					
Nº DEL CONTRATO:	PS 5898 2025	VALOR CORRESPONDIENTE AL PERIODO OBJETO DE COBRO	S 3.140.200		
FECHA DE INICIO CONTRATO	9/07/2025	FECHA DE TERMINACIÓN CONTRATO:	31/07/2025		
PERIODO OBJETO DE COBRO:	09/07/2025 AL 31/07/2025				
<p align="center">             _____  <b>YEIMY ALEJANDRA PATIÑO GUERRERO</b>            C.C 1023980021            Cel: 3203903550         </p>					

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

**CERTIFICA QUE**

Que el(la) señor(a) YEIMY ALEJANDRA PATIÑO GUERRERO identificado(a) con Cedula Ciudadania 1023980021, se encuentra Activo en el Plan de Beneficios de Salud PBS, de la EPS Compensar como cotizante Independiente voluntario riesgo laboral según información contenida a la fecha en nuestra base de datos.

Fecha Afiliación	Fecha Retiro
20250708	No Registrada

El presente certificado se expide a solicitud del (la) interesado(a), a los 10 días del mes de Julio de 2.025

**Observaciones:**

**Con destino a:**

SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE

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  
29217290

CER-AFI



COLFONDOS ADMINISTRADORA DE FONDOS DE PENSIONES Y CESANTIAS

NIT 800.149.496-2

CERTIFICA QUE:

El(la) Señor(a) YEIMY ALEJANDRA PATIÑO GUERRERO, identificado(a) con C.C 1.023.980.021, se encuentra afiliado(a) al Fondo Pensiones Obligatorias NIT 800.227.940-6 y al Fondo Cesantias NIT 800.198.644-5.

Se expide la presente certificación a la fecha 10 de julio de 2025.

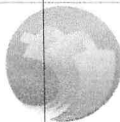
El presente certificado emitido contiene una firma digitalizada válida para todos sus efectos de conformidad con lo dispuesto en la Ley 527 de 1999.

Cualquier inquietud adicional no dude en escribirnos a través de nuestro portal transaccional [www.colfondos.com.co](http://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.



Juan Perea Ruiz  
Gerente Cuentas y Recaudo





**POSITIVA**  
COMPAÑIA DE SEGUROS / ARL

**POSITIVA**  
**COMPAÑIA DE SEGUROS S.A**  
**NIT 860.011.153-6**

**CERTIFICA QUE:**

Verificada la base de datos del ramo ARL de la compañía, se identificó que YEIMY ALEJANDRA PATIÑO GUERRERO, con Cédula de Ciudadanía No. 1.023.980.021, contratista de la empresa SUB RED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD , con NIT No. 900.959.051, tiene un registro como INDEPENDIENTE desde el 04/07/2025 y fecha fin de contrato 31/07/2025 con riesgo 3 y a la fecha se encuentra AFILIADO.

Recuerde que una vez cumplida la fecha fin de contrato, el sistema aplica de forma automática la novedad de retiro, por lo anterior en caso de tener un nuevo contrato deberá realizar una nueva afiliación, para continuar con la cobertura en nuestra ARL.

Esta certificación se expide a los 10 días del mes de Julio de 2025.

Cordialmente

Hugo Ernesto Huiza  
Gerencia de Afiliación y Novedades.





### HACE CONSTAR:

Que el (los) cliente(s)

YEIMY ALEJANDRA PATINO  
GUERRERO

Identificado con CC 1023980021

Actualmente tiene(n) el producto Cuenta Ahorros, radicado(a) en la oficina VEINTE DE JULIO, con las siguientes características:

#### Cuentamiga

<b>Número:</b>	24112090584
<b>Fecha de apertura:</b>	18 de Febrero de 2022
<b>Condiciones de uso:</b>	Individual, 1 firmas(s), 0 sello(s) húmedo(s) o de caucho, sin protector
<b>Estado:</b>	Cuenta activa

Esta constancia se expide con destino a quien pueda interesar, realizada en el Canal Digital de la ciudad de Bogotá, el día Jueves, 10 de Julio de 2025.

Cordialmente,

Vicepresidencia de Banca Masiva

