

**CELEBRADO ENTRE LA SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E Y**  
**NARLIN ROMAÑA ROMAÑA**

CON C.C N° 39.800.251

**OBJETO DEL CONTRATO:** PRESTAR SERVICIOS COMO GESTOR ETNICO 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 PARA EL CONVENIO MAS BIENESTAR.

<b>CONTRATO DE PRESTACION DE SERVICIOS PROFESIONALES No.</b>	PS 5793 2025	<b>FECHA INICIO CONTRATO</b>	18/06/2025
<b>VALOR INICIAL DEL CONTRATO</b>	\$ 2.730.167	<b>No. HORAS EJECUTADAS</b>	233
<b>VALOR TOTAL DEL CONTRATO INCLUIDO ADICIONES:</b>	\$ 4.634.935	<b>VALOR DE HONORARIOS PERÍODO A CERTIFICAR:</b>	\$ 2.410.440
<b>PLAZO TOTAL DEL CONTRATO INCLUIDO PRORROGAS:</b>	DOS (2) MESES Y TRECE (13) DIAS		
<b>UNIDAD FUNCIONAL EJECUCIÓN DE ACTIVIDADES:</b>	SA2 SEDE ADMINISTRATIVA SAN JOSE OBRERO		
<b>NOMBRE DEL SUPERVISOR:</b>	LORENZA BECERRA CAMARGO - DIRECTOR TECNICO CODIGO 009 GRAD00 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	HONORARIOS DE AGOSTO POR VALOR DE \$ 1.903.902 PESOS
2	INSUMOS ANCESTRALES DE AGOSTO POR VALOR DE \$507.248 PESOS
3	REALIZAR IMPLEMENTACIONES AL PLAN DE CUIDADO FAMILIAR EN LAS LOCALIDADES DE LOS MARTIRES Y SANTA FE, SEGÚN PLAN DE ACCIÓN.
4	REALIZAR ATENCIÓN PROPIA DE LA MEDICINA ANCESTRAL EN EL KILOBO ARONI
5	PARTICIPAR EN LA REUNIÓN MENSUAL DE LOS EQUIPOS BASICOS EXTRAMURALES HOGAR
6	REALIZAR PRE CRITICA O PRE AUDITORÍA, A LOS PRODUCTOS ENTREGADOS DURANTE EL PERÍODO.
7	REALIZAR ACOMPAÑAMIENTO AL COMPORTAMIENTO DE LAS CONDICIONES DE SALUD PRIORIZADAS PARA LA COMUNIDAD AFROCOLOMBIANA.
8	REALIZAR PROCESO DE COMPRA Y PREPARACIÓN DE INSUMOS ANCESTRALES, PARA LAS FAMILIAS Y LAS ACCIONES PROPIAS DE MEDICINA ANCESTRAL.
9	ORIENTAR LOS CUIDADOS PARA LAS FAMILIAS AFROCOLOMBIANAS, PARICIPAR EN LA GENERACION DE CONTENIDOS DE LAS PIEZAS COMUNICATIVAS.
10	ENTREGAR LAS FACTURAS DE COMPRA DE INSUMOS ANCESTRALES A LA SUBRED, OPORTUNAMENTE.

**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	


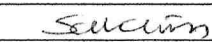
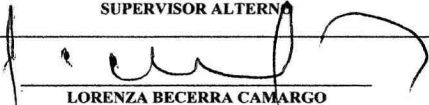
Teniendo en cuenta lo anterior y conforme a la **clausula "Forma de Pago, CERTIFICO** el cumplimiento de las obligaciones pactadas con el contratista, para el pago correspondiente al periodo del (01/08/2025) AL (31/08/2025)

IV. INFORMACIÓN DE APORTES A SEGURIDAD SOCIAL			
No. DE PLANILLA:	ENTIDAD	OPERADOR:	SIMPLE
1074088232	CAPITAL SALUD	15/08/2025	\$ 178.000
	PORVENIR	15/08/2025	\$ 227.800
	BOLIVAR	15/08/2025	\$ 34.700
	MORA	15/08/2025	\$ 1.600
<b>TOTAL PAGADO</b>			<b>\$ 442.100</b>

- V. DECLARACIONES DEL CONTRATISTA**
- Que desarrollé las actividades descritas en el informe anexo, dentro del periodo de cobro.
  - Que realicé el pago de la Seguridad Social donde el ibr 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 SMMLV ( de ser el primer pago adjunto certificaciones de afiliación a eps, arl, pension, rut)
  - Que adjunto evidencia del cargue en el aplicativo secop de la cuenta correspondiente al mes objeto de cobro .
  - 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>	 <b>NARLIN ROMAÑA ROMAÑA</b> CC No 39.800.251
<b>FIRMA DE QUIEN VALIDA</b>	 <b>SANDRA YANNETH CONTRERAS PEÑALOSA</b> SUPERVISOR ALTERNO
<b>FIRMA DE QUIEN CONVALIDA EL CUMPLIMIENTO DE LAS OBLIGACIONES PARA EL PRESENTE PERIODO DE PAGO:</b>	 <b>LORENZA BECERRA CAMARGO</b> SUPERVISOR DEL CONTRATO

**DATOS DEL CONTRATISTA**

**FECHA DE DILIGENCIAMIENTO: 31/08/2025**

<b>NOMBRES Y APELLIDOS:</b>	NARLIN ROMAÑA ROMAÑA	<b>CC:</b>	39800251
<b>CORREO ELECTRÓNICO:</b>	nardin1006@gmail.com	<b>TELÉFONO:</b>	3134615889
<b>DIRECCIÓN DOMICILIO:</b>	CL 26A 2B 08	<b>CIUDAD:</b>	BOGOTÁ

**Manifiesto bajo la gravedad del juramento**

<b>NO</b> tomaré costos y deducciones	<b>(X)</b>
<b>SI</b> tomaré costos y deducciones	<b>( )</b>

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.

<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.	<b>SI ( )</b>	<b>NO (X)</b>
--	---------------	---------------

<b>BANCO AL CUAL CONSIGNAR:</b>	BANCO CAJA SOCIAL	<b>TIPO DE CUENTA:</b>	AHORROS	<b>N° CUENTA:</b>	24118375966
---------------------------------	-------------------	------------------------	---------	-------------------	-------------

**DATOS DEL PERIODO OBJETO DE PAGO**

<b>N° DEL CONTRATO:</b>	PS 5793 2025	<b>VALOR CORRESPONDIENTE AL PERIODO OBJETO DE COBRO</b>	\$ 2.410.440
<b>FECHA DE INICIO CONTRATO</b>	18/06/2025	<b>FECHA DE TERMINACIÓN CONTRATO:</b>	31/08/2025
<b>PERIODO OBJETO DE COBRO:</b>	01/08/2025 AL 31/08/2025		

*Narlin Romoño*  
**NARLIN ROMAÑA ROMAÑA**  
**C.C 39800251**  
**Cel: 3134615889**





¡Hola, NARLIN!

Estado de la Transacción: **Aprobada** ✓

Los siguientes son los datos de tu transacción:

Valor: \$ 442.100

Empresa: SISTEMA INTEGRADO MULTIPLE DE PAGOS ELECTRONICOS S

Descripción: Pago PSE. Ref:8823294436-202507-879295. idTrans:879295

Fecha de la transacción: 15/08/2025

CUS: 1705167967

Gracias por utilizar nuestro servicio.



Ten cuenta estos tips de seguridad:

- Usa dispositivos personales o de confianza para realizar tus pagos.
- No abras enlaces sospechosos.
- Cambia tus contraseñas con regularidad.
- Digita manualmente la URL del portal de tu entidad financiera.
- Recuerda que PSE nunca te contactará para solicitarte información personal.



Para mayor información comunícate con nosotros:

- En Bogotá: +57 (601) 3808890 Opción 5
- Contáctanos: <https://www.pse.com.co/persona-centro-de-ayuda>



Un servicio de



ACH Colombia Oficial



@ACHColombia



ACHColombiaOficial



ACH Colombia Oficial