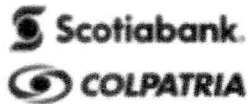


 SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E APOYO - GESTION DE CONTRATACION FORMATO INFORME DE EJECUCION Y SUPERVISION DE ACTIVIDADES DEL CONTRATO DE PRESTACION DE SERVICIOS Y DE APOYO A LA GESTION		CÓDIGO: AP-1A-FT-077 VERSIÓN: 2 FECHA: 2025-06-09	
CELEBRADO ENTRE LA SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E Y			
NARLIN ROMAÑA ROMAÑA			
CON C.C Nº		39.800.251	
OBJETO DEL CONTRATO:	PRESTAR SERVICIOS COMO GESTOR ETNICO 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 CONVENIO MAS BIENESTAR.		
CONTRATO DE PRESTACION DE SERVICIOS PROFESIONALES No.	PS 5793 2025	FECHA INICIO CONTRATO	18/06/2025
VALOR INICIAL DEL CONTRATO	\$ 2.730.167	No. HORAS EJECUTADAS	49
VALOR TOTAL DEL CONTRATO INCLUIDO ADICIONES:	\$ 4.634.935	VALOR DE HONORARIOS PERIODO A CERTIFICAR:	\$ 507.248
PLAZO TOTAL DEL CONTRATO INCLUIDO PRORROGAS	DOS (2) MESES Y TRECE (13) DIAS		
UNIDAD FUNCIONAL EJECUCION 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	INSUMOS ANCESTRALES DE JULIO POR VALOR DE \$507.248 PESOS		
2	ASISTIR A LOS ESPACIOS CONVOCADAS POR LA AUTORIDAD ETNICA.		
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 ACOMPAÑAMIENTON 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, PARATICIPAR 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 (01/07/2025) AL (31/07/2025)			
IV. INFORMACIÓN DE APORTES A SEGURIDAD SOCIAL			
No. DE PLANILLA:	1074088053	OPERADOR:	SIMPLE
CONCEPTO DEL PAGO	ENTIDAD	FECHA DE PAGO	VALOR PAGADO
SALUD:	CAPITAL SALUD	11/07/2025	\$ 77.200
PENSIÓN:	PORVENIR	11/07/2025	\$ 98.700
RIESGOS LABORALES:	BOLIVAR	11/07/2025	\$ 15.100
OTRO			
TOTAL PAGADO			\$ 191.000
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 afiliación 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			
NOMBRE Y FIRMA DEL CONTRATISTA	 NARLIN ROMAÑA ROMAÑA CC No 39.800.251		
FIRMA DE QUIEN VALIDA	 SANDRA YANNETH CONTRERAS PEÑALOSA SUPERVISOR ALTERNO		
FIRMA DE QUIEN CONVALIDA EL CUMPLIMIENTO DE LAS OBLIGACIONES PARA EL PRESENTE PERIODO DE PAGO:	 LORENZA BECERRA CAMARGO SUPERVISOR DEL CONTRATO		

DATOS DEL CONTRATISTA			
FECHA DE DILIGENCIAMIENTO: 31/08/2025			
NOMBRES Y APELLIDOS:	NARLIN ROMAÑA ROMAÑA		CC: 39800251
CORREO ELECTRÓNICO:	nartin1008@gmail.com		TELÉFONO: 3134615889
DIRECCIÓN DOMICILIO:	CL 26A 2B 08		CIUDAD: BOGOTÁ
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>			
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:	BANCO CAJA SOCIAL	TIPO DE CUENTA: AHORROS	N° CUENTA: 24118375966
DATOS DEL PERIODO OBJETO DE PAGO			
N° DEL CONTRATO:	PS 5793 2025	VALOR CORRESPONDIENTE AL PERIODO OBJETO DE COBRO	\$ 507.248
FECHA DE INICIO CONTRATO	18/06/2025	FECHA DE TERMINACIÓN CONTRATO:	31/08/2025
PERIODO OBJETO DE COBRO:	01/07/2025 AL 31/07/2025		
			
NARLIN ROMAÑA ROMAÑA C.C 39800251 Cel: 3134615889			



CORRESPONSAL BANCARIO
SCOTIABANK COLPATRIA
Puntored no te cobra por esta
transacción
Pago de facturas

TRANSACCIÓN EXITOSA

Fecha 11/07/2025
Hora 12:33:28
Terminal 382347
Convenio PILA PLANILLA
ASISTIDA SIMPLE
Cod. 0408
Convenio
Referencia 8823294436
Valor \$191,000
Transaccion 001210450454
Usuario ALEJANDRA
MARTINEZ CADENA

Línea de atención
personalizada en Bogotá:
3487881 Resto del País: 01
8000 960 505
Aquí también puede pagar su
tarjeta de
credito y creditos de consumo
del Banco
Scotiabank Colpatría
BANCO SCOTIABANK COLPATRIA
VIGILADO
SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE
COLOMBIA

El usuario autoriza a CONEXRED SAS
(PUNTORED) para el tratamiento de los
datos proporcionados para el envío de
soportes electrónicos de las
transacciones que realice en el punto,
cuando ello sea requerido o solicitado
por el Usuario, así mismo para
realizar estudios de consumo,
analítica de datos y comercializar la
información procesada, para ampliar la
oferta financiera, comercial y de
servicios que le proporciona PUNTORED y
/o para contactarlo y adelantar
campañas comerciales. Para conocer sus
derechos, consulte la Política de
Tratamiento disponible en www.puntored.co
los cuales podrá ejercer a través
del correo servicioal.cliente@puntored.co