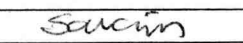
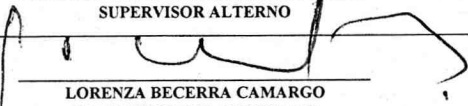


		SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E APOYO - GESTION DE CONTRATACION FORMATO INFORME DE EJECUCION Y SUPERVISION DE ACTIVIDADES DEL CONTRATO DE PRESTACION DE SERVICIOS Y DE APOYO A LA GESTION		CÓDIGO: AP-IA-FT-077 VERSIÓN: 2 FECHA: 2025-06-09			
CELEBRADO ENTRE LA SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E Y DIANA PATRICIA CABRERA							
CON C.C.N°			50.917.656				
OBJETO DEL CONTRATO:		PRESTAR SERVICIOS DE APOYO A LA GESTION COMO PROMOTOR 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 5981 2025		FECHA INICIO CONTRATO			
VALOR INICIAL DEL CONTRATO		\$ 761.981		No. HORAS EJECUTADAS			
VALOR TOTAL DEL CONTRATO INCLUIDO ADICIONES:		\$ 3.301.917		VALOR DE HONORARIOS PERÍODO A CERTIFICAR:			
PLAZO TOTAL DEL CONTRATO INCLUIDO PRORROGAS		UN (1) MES Y SEIS (6) DIAS					
UNIDAD FUNCIONAL EJECUCIÓN DE ACTIVIDADES:		SA2 SEDE ADMINISTRATIVA SAN JOSE OBRERO					
NOMBRE DEL SUPERVISOR:		LORENZA BECERRA CAMARGO - DIRECTOR TECNICO CODIGO 009 GRADO 05					
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)							
ITEM							
1	OBSERVACION 1, VALOR PAGO DE HONORARIOS JULIO \$ 82.824 PESOS						
2	ASISTENCIA A REUNION MENSUAL DE EQUIPO						
3	ABORDAJE TERRITORIAL, CARACTERIZACION DE FAMILIAS EN TERRITORIO						
4	ACCIONES DE PREVENCIÓN Y PROMOCIÓN DE LA SALUD INDIVIDUAL Y FAMILIAR PARA DISMINUIR RIESGOS EN SALUD EN LA POBLACION ABORDADA						
5	DILIGENCIAMIENTO Y CARGA DE ACTIVIDADES EN APLICATIVO GITAPPS Y ENTREGA DE RESPECTIVOS FORMATOS						
6	DILIGENCIAMIENTO Y ENVIO DE CANALIZACIONES SEGUN RIESGOS IDENTIFICADOS EN ABORDAJE TERRITORIAL						
7	SE REALIZA CARACTERIZACION ALAS PERSONAS QUE ACEPTA LA VISITA DE LOS DIFERENTES PERFILES						
8	FIRMA DE PRORROGA DE CONTRATO EN FISICO, ENTREGA DE CUENTA DE COBRO Y DEMAS OBLIGACIONES						
9	DILIGENCIAMIENTO DE CRONOGRAMA EN DRIVE						
III. VERIFICACION DE ACTIVIDADES DESARROLLADAS							
<u>SE VERIFICA QUE HA CUMPLIDO CON LAS ACTIVIDADES ASIGNADAS DURANTE EL MES O PERIODO EJECUTADO Y SE APRUEBA PARA EL PAGO RESPECTIVO.</u>							
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 (24/07/2025) AL (31/07/2025) /							
IV. INFORMACIÓN DE APORTES A SEGURIDAD SOCIAL							
No. DE PLANILLA:		CERTIFICADOS		OPERADOR:		SIMPLE	
CONCEPTO DEL PAGO		ENTIDAD		FECHA DE PAGO		VALOR	
SALUD:		CAPITAL SALUD					
PENSIÓN:		PORVENIR					
RIESGOS LABORALES:		POSITIVA					
OTRO							
		TOTAL PAGADO					
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 ningún 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				 DIANA PATRICIA CABRERA CC No 50917656			
FIRMA DE QUIEN VALIDA				 SANDRA YANETH 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:	DIANA PATRICIA CABRERA			CC:	50917656
CORREO ELECTRÓNICO:	diansubredco@gmail.com			TELÉFONO:	3124995798
DIRECCIÓN DOMICILIO:	KR 2 ESTE 79 15 SUR			CIUDAD:	BOGOTA
Manifiesto bajo la gravedad del juramento					
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 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	Nº CUENTA: 24097552462
DATOS DEL PERIODO OBJETO DE PAGO					
Nº DEL CONTRATO:	PS 5981 2025	VALOR CORRESPONDIENTE AL PERIODO OBJETO DE COBRO	S 82.824 /		
FECHA DE INICIO CONTRATO	24/07/2025	FECHA DE TERMINACIÓN CONTRATO:	31/08/2025 /		
PERIODO OBJETO DE COBRO:	24/07/2025 AL 31/07/2025				
<div> DIANA PATRICIA CABRERA C.C 50917656 Cel: 3124995798</div>					



CERTIFICA

Que la señora DIANA PATRICIA CABRERA , con tipo de documento Cédula de Ciudadanía No. 50917656 se encuentra activo en nuestra base de datos del Régimen Contributivo en la ciudad de Bogota, por la Empresa diana patricia cabrera, NIT/CC 50917656 en calidad de INDEPENDIENTE, desde el 27 de mayo de 2021.

Se expide el día 18 de agosto de 2025a solicitud del interesado.

Información sujeta a verificación por parte de CAPITAL SALUUD EPS-S cualquier informacion adicional será atendida con gusto en nuestra línea de atención al usuario 01 8000 122219.

Cordialmente,
CAPITAL SALUD EPS-S
Proyectó: COORDINACION DE OPERACIONES

**SOCIEDAD ADMINISTRADORA DE FONDOS DE PENSIONES Y CESANTÍAS
PORVENIR S.A.**

En su condición de administradora del

FONDO DE PENSIONES OBLIGATORIAS PORVENIR

NIT 800.224.808-8

CERTIFICA QUE:

DIANA PATRICIA CABRERA, identificado(a) con cédula de ciudadanía **50.917.656**, se encuentra afiliado(a) al **Fondo de Pensiones Obligatorias Porvenir**.

La presente certificación se expide el 18 de Agosto del 2025.

Cordialmente,



Gerencia de Clientes



Tenga en cuenta:

Es fundamental que revise periódicamente su Historia Laboral, el capital ahorrado y las semanas que tiene registradas, si presenta inconsistencias, ingrese a www.porvenir.com.co y actualice su Historia Laboral.

LA GERENCIA DE AFILIACIONES Y NOVEDADES

CERTIFICA QUE:

El usuario mencionado a continuación registra la siguiente información en el ramo de Riesgos Laborales. La información aquí proporcionada es verídica y se registra conforme a los datos suministrados.

Datos del empleador			
Nombres y apellidos o Razón Social	SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E		
Tipo de documento de identificación	NI	Número de documento de identificación	900959051
Datos del trabajador			
Tipo documento y número de identificación	CC 50917656	Nombres y apellidos	DIANA PATRICIA CABRERA
Fecha de afiliación	2025-07-23	Estado de afiliación	Activo
Fecha de inicio cobertura	2025-07-23	Tipo de vinculación	Independiente
Clase de riesgo	3	Fecha de retiro	

Esta certificación se expide a los 18 días del mes de agosto del 2025.

Cordialmente,

Gerencia de afiliaciones y novedades

Positiva Compañía de Seguros S.A.:

Nit. 860.011.153-6 | Línea Gratuita Nacional: (+57) 01-8000-111-170 - Teléfono: +57 (601) 330 7000
Defensor del Consumidor Financiero: Ana María Giraldo (Principal) - Pablo Valencia (Suplente) |
defensordelcliente@positiva.gov.co | Carrera 10 #97A - 13, Oficina 502. Bogotá | +57 (601) 610 8164 | Lunes a Viernes 8:00
a. m. - 6:00 p. m. | El Defensor, resolverá las quejas o reclamos, actuará como Conciliador ante Positiva
Más información: <https://www.positiva.gov.co/web/guest/defensoria-del-consumidor>

LA ASEGURADORA
DE TODOS LOS
COLOMBIANOS

Puedes interponer una queja ante Positiva, o el Defensor, o la SFC u otro organismo de autorregulación.

www.positiva.gov



HACE CONSTAR:

Que el (los) cliente(s)

DIANA PATRICIA CABRERA

Identificado con CC 50917656

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

Cuentamiga

Número:	24097552462
Fecha de apertura:	19 de Octubre de 2019
Condiciones de uso:	Individual, 1 firmas(s), 0 sello(s) húmedo(s) o de caucho, sin protector
Estado:	Cuenta activa

Esta constancia se expide con destino a quien pueda interesar, realizada en el Canal Digital de la ciudad de Bogotá, el día Lunes, 18 de Agosto de 2025.

Cordialmente,

Vicepresidencia de Banca Masiva

