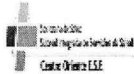


<small>              SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E            APOYO - GESTIÓN DE CONTRATACIÓN            FORMATO INFORME DE EJECUCIÓN Y SUPERVISIÓN DE ACTIVIDADES DEL CONTRATO DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS Y DE APOYO A LA GESTIÓN         </small>		<small>           CÓDIGO: AP-IA-FT-073            VERSIÓN: 2            FECHA: 2025-06-09         </small>	
<b>CELEBRADO ENTRE LA SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E Y</b>			
<b>JUAN DIEGO ROJAS PALOMINO</b>			
CON C.C. N°		1 101 759 530	
OBJETO DEL CONTRATO:	PRESTAR SERVICIOS PROFESIONALES COMO MEDICO 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 7124331-2024 CONVENIO MAS BIENESTAR		
CONTRATO DE PRESTACION DE SERVICIOS PROFESIONALES No.	PS 6206 2025	FECHA INICIO CONTRATO	16/08/2025
VALOR INICIAL DEL CONTRATO	\$ 4.105.813	Nº. HORAS EJECUTADAS	67
VALOR TOTAL DEL CONTRATO INCLUIDO ADICIONES:	\$ 4.105.813	VALOR DE HONORARIOS PERIODO A CERTIFICAR:	\$ 2.638.326
PLAZO TOTAL DEL CONTRATO INCLUIDO PRORROGAS	CATORCE (14) DIAS		
UNIDAD FUNCIONAL EJECUCIÓN DE ACTIVIDADES:	SA2 SEDE ADMINISTRATIVA SAN JOSE OBRERO		
NOMBRE DEL SUPERVISOR:	LORENZA BECERRA CAMARGO - DIRECTOR TECNICO CODIGO 009 GRAD00 05		
<b>II. ACTIVIDADES REALIZADAS EN EL PERIODO, DE ACUERDO CON EL OBJETO Y LAS OBLIGACIONES ESTABLECIDAS EN EL CONTRATO</b> (Deben ser coherentes con las actividades específicas realizadas durante el mes)			
ITEM	DESCRIPCIÓN DE ACTIVIDADES		
1	OBSERVACION 2 , VALOR DE LOS HONORARIOS \$ 2,638,326 PESOS		
2	REALIZAR ACTIVIDADES DE GRUPOS DE FAMILIA EN LOCALIDADES SANTA FE		
3	REALIZAR RUTEO PREVIO AGENDAMIENTO CON USUARIOS CAPITAL SALUD		
4	VALORAR Y ENTREVISTAR PACIENTES CAPITAL SALUD POR MEDIO DE PERFIL PROFESIONAL COMO MÉDICO SIGUIENDO LOS ESTATUTOS DE CALIDAD		
5	REALIZAR EVOLUCIONES EN DINÁMICA GERENCIAL DE PACIENTES VISTOS EN TERRITORIO SIGUIENDO PROTOCOLOS DE CALIDAD		
6	REALIZAR CONTROL MÉDICO DE PACIENTES CRÓNICOS EN CUANTO A FORMULACIÓN E INDICACIÓN DE LABORATORIOS		
7	SVALORAR Y ENTREVISTAR POR CONTINGENCIA A LA COMUNIDAD EMBERA EN LOS DIFERENTES ALBERGUES		
8	CARGAR CADA PACIENTE VISTO Y CONSENTIDO EN APLICATIVO		
9	EVOLUCIONAR PACIENTES INDICADOS POR BASE DE DATOS EN TIEMPO CORTO ESTIPULADO		
<b>III. VERIFICACION DE ACTIVIDADES DESARROLLADAS</b>			
<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 SECO?'	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 ( 16/08/2025) AL (31/08/2025)			
<b>IV. INFORMACIÓN DE APORTES A SEGURIDAD SOCIAL</b>			
No. DE PLANILLA:	CERTIFICADOS	OPERADOR:	ASOPAGOS
CONCEPTO DEL PAGO	ENTIDAD	FECHA DE PAGO	VALOR
SALUD:	SANITAS		
PENSIÓN:	COLPENSIONES		
RIESGOS LABORALES:	SURA		
OTRO			
<b>TOTAL PAGADO</b>			<b>\$ 0</b>
<b>V. DECLARACIONES DEL CONTRATISTA</b>			
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, 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.			
<b>VI. ANEXOS</b> (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		 JUAN DIEGO ROJAS PALOMINO CC No 1,101,759,530	
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:	JUAN DIEGO ROJAS PALOMINO			CC:	1101759530
CORREO ELECTRÓNICO:	juanrojaspalomino@gmail.com			TELÉFONO:	3105945141
DIRECCIÓN DOMICILIO:	KR 54 137 09			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 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.					
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 DAVIVIENDA	TIPO DE CUENTA:	AHORROS	Nº CUENTA:	55048844262583
DATOS DEL PERIODO OBJETO DE PAGO					
Nº DEL CONTRATO:	PS 6206 2025	VALOR CORRESPONDIENTE AL PERIODO OBJETO DE COBRO	\$ 2.638.326		
FECHA DE INICIO CONTRATO	16/08/2025	FECHA DE TERMINACIÓN CONTRATO:	31/08/2025		
PERIODO OBJETO DE COBRO:	16/08/2025 AL 31/08/2025				
 JUAN DIEGO ROJAS PALOMINO C.C 1101759530 Cel: 3105945141					

### CERTIFICADO DE AFILIACIÓN AL POS DE EPS SANITAS

La **EPS SANITAS** en desarrollo de su programa especial para la garantía y prestación del Plan Obligatorio de Salud denominado **EPS SANITAS**,

#### CERTIFICA

Que Juan Diego Rojas Palomino, identificado(a) con CC número 1101759530, está registrado(a) en el POS DE EPS SANITAS con la siguiente información:

TIPO Y NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN	CC 1101759530
NOMBRES Y APELLIDOS	Juan Diego Rojas Palomino
TIPO DE AFILIADO	Titular
PARENTESCO	Titular
FECHA DE NACIMIENTO	23/11/1996
ESTADO DE LA AFILIACIÓN	0 Tiene Derecho A Cobertura Integral
CAUSA ESTADO DE AFILIACIÓN	10 - Cobertura Integral
FECHA DE INGRESO A EPS SANITAS	01/08/2016
FECHA DE RETIRO LABORAL / EPS SANITAS	Activo(a)
SEMANAS COTIZADAS EN EPS SANITAS	218 semanas
SEMANAS COTIZADAS EN OTRA EPS	Sin semanas reportadas en EPS SANITAS
SEMANAS COTIZADAS EN ÚLTIMO AÑO	43 semanas
RÉGIMEN	Contributivo
FECHA DE AFILIACIÓN AL RÉGIMEN	11/02/2021
NIVEL SISBEN	No aplica
EMPLEADOR(ES)*	

CEDULA DE CIUDADANIA 1101759530 JUAN DIEGO ROJAS  
PALOMINO Desde 09/05/2025 - Vigente N.I.T. 830013069  
ASOCIACION MEDICOS DEL MUNDO Desde 09/09/2024 Hasta  
08/03/2025



**LA ADMINISTRADORA COLOMBIANA DE PENSIONES - COLPENSIONES**

**CERTIFICA QUE**

Verificada la base de datos de afiliados, el/la señor/a **JUAN DIEGO ROJAS PALOMINO** identificado/a con documento de identidad **Cédula de Ciudadanía** número **1101759530**, se encuentra afiliado/a desde **07/02/2021** al Régimen de Prima Media con Prestación Definida (RPM) administrado por la Administradora Colombiana de Pensiones **COLPENSIONES**.

La presente certificación se expide en Bogotá, el día 11 de agosto de 2025.



**Rosa Mercedes Nino Amaya**  
**Dirección de Afiliaciones**

**Nota:** Certificado generado desde la página Web. Este documento no es válido para el reconocimiento de prestaciones económicas, está sujeto a verificación y no tiene costo alguno.



Medellín, 21 de agosto 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 JUAN DIEGO ROJAS PALOMINO identificado(a) con C1101759530 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.artsura.com.co](http://www.artsura.com.co) / validar certificados e ingrese el siguiente código único de generación válido por un mes:C1101759530252333298

Atentamente,



Dirección de Afiliaciones y Recaudos





DAVIVIENDA

Banco Davivienda S.A.

## CERTIFICADO

**BOGOTA, D.C.,  
BOGOTA, D.C.,  
COLOMBIA,  
Subred Centro oriente**

**11/08/2025**

Por medio de la presente hacemos constar que el señor **JUAN DIEGO ROJAS PALOMINO** con **Cédula de Ciudadanía** número **1101759530**

Posee en el banco Davivienda:

### **CUENTA DE AHORROS DAMAS**

Número **0550488442462583**  
Fecha de apertura **24/11/2023**

Cordialmente,

BANCO DAVIVIENDA

