

|  | | 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 | | 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 | | | | | |
| EMILIANO PEDRAZA ALBA | | | | | |
| CON C.C.Nº 79811475 | | | | | |
| OBJETO DEL CONTRATO: | PRESTAR SERVICIOS COMO TECNICO DE SISTEMAS 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 | | | | |
| CONTRATO DE PRESTACION DE SERVICIOS PROFESIONALES No. | | PS 6234 2025 | | FECHA INICIO CONTRATO | 8/09/2025 |
| VALOR INICIAL DEL CONTRATO | \$ 2.201.235 | | No. HORAS EJECUTADAS | 141 | |
| VALOR TOTAL DEL CONTRATO INCLUIDO ADICIONES: | \$ 2.201.235 | | | VALOR DE HONORARIOS PERÍODO A CERTIFICAR: | \$ 1.946.364 |
| PLAZO TOTAL DEL CONTRATO INCLUIDO PRORROGAS | 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 | | | | |
| ITE M | 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 | CARGUE PREDIOS A APLICATIVO | | | | |
| 2 | ELABORACION Y AJUSTES DE TABLEROS DE CONTROL Y PRODUCTIVIDAD MENSUAL | | | | |
| 3 | ELABORACION Y AJUSTE DE CONSOLIDADO PARA ARCHIVO DE ASIGNACION DE USUARIOS A PROFESIONALES | | | | |
| 4 | CRUCE Y ESTANDARIZACION DE BASES PARA VALIDACION DE CARGUE DE USUARIOS A BASE DE ASIGNACIÓN DE PROFESIONALES | | | | |
| 5 | DESCARGA Y ACTUALIZACION DE INFORME DE RUTEO | | | | |
| 6 | TOMA DE INDUCCION Y APROPIACION DE LINEAMIENTOS | | | | |
| 7 | CONOCIMIENTO DE HERRAMIENTAS APLICATIVOS PARA DESCARGUE DE INFORMACION | | | | |
| 8 | | | | | |
| 9 | | | | | |
| 10 | | | | | |
| 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. | | | | | |
| ITE M | 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 scop 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 (01/09/2025) AL (30/09/2025) | | | | | |
| IV. INFORMACIÓN DE APORTES A SEGURIDAD SOCIAL | | | | | |
| No. DE PLANILLA: | CERTIFICADOS | OPERADOR: | APORTES EN LINEA | | |
| CONCEPTO DEL PAGO | ENTIDAD | FECHA DE PAGO | VALOR PAGADO | | |
| SALUD: | COMPENSAR | | | | |
| PENSIÓN: | COLPENSIONES | | | | |
| RIESGOS LABORALES: | BOLIVAR | | | | |
| OTRO | | | | | |
| TOTAL PAGADO | | | | | \$ 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 ibe 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 scop 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 | |  EMILIANO PEDRAZA ALBA CC No 79811475 | | | |
| 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 | | | |



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: 30/09/2025

| | | | |
|-----------------------------|----------------------------|------------------|------------|
| NOMBRES Y APELLIDOS: | EMILIANO PEDRAZA ALBA | CC: | 79811475 |
| CORREO ELECTRÓNICO: | EEMILIANOPEDRAZA@GMAIL.COM | TELÉFONO: | 3013848790 |
| DIRECCIÓN DOMICILIO: | CL 51DBIS SUR 5A -59 ESTE | CIUDAD: | BOGOTA |

Manifiesto bajo la gravedad del juramento

| | |
|---------------------------------------|------------|
| NO tomaré costos y deducciones | (X) |
| SI tomaré costos y deducciones | () |

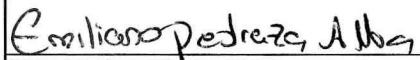
La presente certificación se expide para efectos de la retención en la fuente a título del impuesto sobre la renta, de conformidad con el numeral 6 del artículo 1.2.4.1.6 y parágrafo 4 del decreto único 1625 de 2016, modificados por los artículos 9 y 11 del decreto 2231 de diciembre 22 de 2023 y la aplicación 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: | BANCOLOMBIA | TIPO DE CUENTA: | AHORROS | N° CUENTA: | 806515162-46 |
|---------------------------------|--------------------|------------------------|----------------|-------------------|---------------------|

DATOS DEL PERIODO OBJETO DE PAGO

| | | | |
|---------------------------------|---------------------------------|---|---------------------|
| N° DEL CONTRATO: | PS 6234 2025 | VALOR CORRESPONDIENTE AL PERIODO OBJETO DE COBRO | \$ 1.946.364 |
| FECHA DE INICIO CONTRATO | 6/09/2025 | FECHA DE TERMINACIÓN CONTRATO: | 30/09/2025 |
| PERIODO OBJETO DE COBRO: | 06/09/2025 AL 30/09/2025 | | |


EMILIANO PEDRAZA ALBA
C.C. 79811475
Cel: 3013848790

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

CERTIFICA QUE

Que el(la) señor(a) EMILIANO PEDRAZA ALBA identificado(a) con Cedula Ciudadania 79811475, se encuentra Activo en el Plan de Beneficios de Salud PBS, de la EPS Compensar como cotizante Independiente contrato de prestación según información contenida a la fecha en nuestra base de datos.

| Fecha Afiliación | Fecha Retiro |
|------------------|---------------|
| 20250725 | No Registrada |

El presente certificado se expide a solicitud del (la) interesado(a), a los 19 días del mes de Agosto de 2.025

Observaciones:

Con destino a:

A QUIÉN CORRESPONDA

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
29632416

CER-AFI

THE UNIVERSITY OF CHICAGO

CHICAGO, ILLINOIS

1950

THE UNIVERSITY OF CHICAGO

THE UNIVERSITY OF CHICAGO

CHICAGO, ILLINOIS

1950

THE UNIVERSITY OF CHICAGO

CHICAGO, ILLINOIS

1950

THE UNIVERSITY OF CHICAGO

THE UNIVERSITY OF CHICAGO



LA ADMINISTRADORA DE RIESGOS LABORALES
DE LA COMPAÑÍA DE SEGUROS BOLÍVAR S.A.

CERTIFICA QUE:

La empresa
SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E.
Identificada con NT No. 900959051

Compañía de Seguros Bolívar S.A.

Se encuentra amparada en caso de accidente de trabajo y enfermedad laboral según lo dispuesto en la Ley 100 de 1993 y sus normas reglamentarias, a través del contrato de Riesgos Laborales número 1505666909410, a partir del 01 de Agosto del año 2016.

La(s) persona(s) que se relaciona(n) a continuación se encuentran en nuestra base de datos de la siguiente manera:

| TIPO DE IDENTIFICACIÓN | NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN | NOMBRE DEL EMPLEADO | CENTRO DE TRABAJO | CLASE | TASA | FECHA INICIO COBERTURA | FECHA DE RETIRO | TIPO COTIZANTE | ESTADO |
|------------------------|--------------------------|-----------------------|-------------------|-------|--------|------------------------|-----------------|--|--------|
| CC | 79811475 | EMILIANO PEDRAZA ALBA | RIESGO 3 | 3 | 2.436% | 06/09/2025 | 31/12/2025 | IND CONTRATO PRESTACION DE SERVICIOS MAYOR A 1MES | ACTIVO |

Se expide a solicitud del interesado el 10 de Septiembre del año 2025.

Firma Representante Legal

Certificación Bancaria

Viernes, 25 de julio de 2025

Señores:

A quien pueda interesar

BANCOLOMBIA S.A. se permite informar que **EMILIANO PEDRAZA ALBA** identificado(a) con CC. **79811475** a la fecha de expedición de esta certificación, tiene con el Banco los siguientes productos:


| Producto | No. Producto | Fecha Apertura | Estado |
|------------------|---------------|----------------|--------|
| Cuenta de Ahorro | 806-515162-46 | 2023/04/18 | Activa |

*Importante: Esta constancia sólo hace referencia a los productos mencionados anteriormente.

*Si desea verificar la veracidad de esta información, puede comunicarse con la Sucursal Telefónica Bancolombia a los siguientes números: Medellín - Local: (57- 4) 510 90 00 - Bogotá - Local (57- 1) 343 00 00 - Barranquilla - Local: (57- 5) 361 88 88 - Cali - Local: (57- 2) 554 05 05 - Resto país 01800 09 12345. Sucursales Telefónicas en el exterior: España (34) 900 995 717 - Estados Unidos (1) 1 866 379 97 14.



Santiago Valencia Calderón
Lider Area de Conocimiento Autoservicios

 **Bancolombia**

John B. ...
...

...

...

| DATOS GENERALES DEL APORTANTE | | | | | | | | |
|-------------------------------|----|-----------------------|-----------------|--------------------|--------------------------------|---------------------|----------|-----------------------|
| Identificación | dv | Razon Social | Clase Aportante | Sucursal Principal | Direccion | Ciudad-Departamento | Teléfono | Exonerado SENA e ICBF |
| CC 79811475 | | PEDRAZA ALBA EMILIANO | INDEPENDIENTE | PRINCIPAL | CALLE 51D BIS SUR # 5A 59 ESTE | BOGOTA-BOGOTA D.E. | 3717845 | No |

| DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION | | | | | | | | |
|-----------------------------------|---------|----------|------------|----------|------------|------------|--------------------|-----------|
| Periodo | | Clave | | Tipo | Fecha | | Pago | |
| Pensión | Salud | Pago | Planilla | Planilla | Limite | Pago | Banco | Valor |
| 2025-08 | 2025-08 | 26149736 | 9491136333 | I | 2025/09/16 | 2025/09/15 | BANCO DE OCCIDENTE | \$440,500 |

| RESUMEN DE PAGO | | | | | | | | | |
|--------------------------|--------|-------------|----|-----------|------------------|----------------|------------------------|------------------|--|
| RIESGO | CODIGO | NIT | DV | AFILIADOS | VALOR LIQUIDADO | INTERESES MORA | SALDOS E INCAPACIDADES | VALOR A PAGAR | |
| AFP (ADMINISTRADORAS: 1) | | | | 1 | \$227,800 | \$0 | \$0 | \$227,800 | |
| COLPENSIONES | 25-14 | 900,336,004 | 7 | 1 | \$227,800 | \$0 | \$0 | \$227,800 | |
| ARL (ADMINISTRADORAS: 1) | | | | 1 | \$34,700 | \$0 | \$0 | \$34,700 | |
| SEGUROS BOLIVAR | 14-7 | 860,002,503 | 2 | 1 | \$34,700 | \$0 | \$0 | \$34,700 | |
| EPS (ADMINISTRADORAS: 1) | | | | 1 | \$178,000 | \$0 | \$0 | \$178,000 | |
| COMPENSAR | EP5008 | 860,066,942 | 7 | 1 | \$178,000 | \$0 | \$0 | \$178,000 | |
| TOTAL | | | | 1 | \$440,500 | \$0 | \$0 | \$440,500 | |

