

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

XIMENA ALEJANDRA OSPINA

CON C.C. N° 1,021,664,917

OBJETO DEL CONTRATO: PRESTAR SERVICIOS COMO BACHILLER DE ACCESO 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 6240 2025 **FECHA INICIO CONTRATO** 9/09/2025

VALOR INICIAL DEL CONTRATO \$ 1.460.322 **No. HORAS EJECUTADAS** 129

VALOR TOTAL DEL CONTRATO INCLUIDO ADICIONES: \$ 1.460.322 **VALOR DE HONORARIOS PERÍODO A CERTIFICAR:** \$ 1.335.439

PLAZO TOTAL DEL CONTRATO INCLUIDO PROROGAS VEINTITRES (23) DIAS

UNIDAD FUNCIONAL EJECUCIÓN DE ACTIVIDADES: SA2 SEDE ADMINISTRATIVA SAN JOSE OBRERO

NOMBRE DEL SUPERVISOR: LORENZA BECERRA CAMARGO - DIRECTOR TECNICO CODIGO 009 GRADO0 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)

- | | |
|----|----------------------------------------------------------------------------|
| 1 | RECIBIR LLAMADAS DE PROMOTORES PARA LA ASGNACION DE CITAS EN TIEMPO REAL |
| 2 | REALIZAR RECORDATORIOS Y SEGUIMIENTO DE CITAS |
| 3 | VERIFICAR FRECUENCIAS DE USO PARA USUARIOS ANTES DE LA ASIGNACION DE CITAS |
| 4 | LLEVAR EL CONTROL E ASISTENCIAS EN LA BASE DE USUARIOS ASIGNADOS |
| 5 | REALIZAR AGENDAMIENTO DE USUARIOS SUMINISTRADOS EN BASES DE DATOS |
| 6 | ASISTIR A REUNIONES CONVOCADAS POR LIDERES OPERATIVOS |
| 7 | ASISTIR A REUNIONES CONVOCADAS POR LIDERES OPERATIVOS |
| 8 | ENTREGAR OPORTUNAMENTE SOPORTES REQUERIDOS DENTRO DEL PERFIL DEL CONVENIO |
| 9 | ENTREGAR CUENTAS DE COBRO DENTRO DE LOS TIEMPOS ESTABLECIDOS |
| 10 | REALIZAR CRONOGRAMA DE ACTIVIDADES |

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 (09/09/2025) AL (30/09/2025)

IV. INFORMACIÓN DE APORTES A SEGURIDAD SOCIAL

No. DE PLANILLA:	CERTIFICADO	OPERADOR:	MI PLANILLA
CONCEPTO DEL PAGO	ENTIDAD	FECHA DE PAGO	VALOR
SALUD:	SALUD TOTAL		\$ 0
PENSIÓN:	COLPENSIONES		\$ 0
RIESGOS LABORALES:	POSITIVA		\$ 0
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 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)
- 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 fotográficas y/o documentales que soporten las actividades realizadas en el periodo correspondiente

NOMBRE Y FIRMA DEL CONTRATISTA

Ximena Ospina
XIMENA ALEJANDRA OSPINA
CC No 1021664917

FIRMA DE QUIEN VALIDA

Sandra Yaneth Contreras Peñalosa
SANDRA YANETH CONTRERAS PEÑALOSA
SUPERVISOR ALTERNO

FIRMA DE QUIEN CONVALIDA EL CUMPLIMIENTO DE LAS OBLIGACIONES PARA EL PRESENTE PERIODO DE PAGO:

Lorenza Becerra Camargo
LORENZA BECERRA CAMARGO
SUPERVISOR DEL CONTRATO

DATOS DEL CONTRATISTA					
FECHA DE DILIGENCIAMIENTO: 30/09/2025					
NOMBRES Y APELLIDOS:	XIMENA ALEJANDRA OSPINA			CC:	1021664917
CORREO ELECTRÓNICO:	ospinaximena13@gmail.com			TELÉFONO:	3106190041
DIRECCIÓN DOMICILIO:	CL 19 SUR 7 21			CIUDAD:	BOGOTA D.C
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 <input type="checkbox"/>		TIPO DE CUENTA:	AHORROS	N° CUENTA: 24121652380
DATOS DEL PERIODO OBJETO DE PAGO					
N° DEL CONTRATO:	PS 6240 2025	VALOR CORRESPONDIENTE AL PERIODO OBJETO DE COBRO	\$ 1.335.439		
FECHA DE INICIO CONTRATO	9/09/2025	FECHA DE TERMINACIÓN CONTRATO:	30/09/2025		
PERIODO OBJETO DE COBRO:	09/09/2025 AL 30/09/2025				
 XIMENA ALEJANDRA OSPINA					
C.C 1021664917 Cel: 3106190041					

LA ADMINISTRADORA COLOMBIANA DE PENSIONES - COLPENSIONES

CERTIFICA QUE

Verificada la base de datos de afiliados, el/la señor/a **XIMENA ALEJANDRA OSPINA** identificado/a con documento de identidad **Cédula de Ciudadanía** número **1021664917**, se encuentra afiliado/a desde **01/03/2023** 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 16 de julio 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.



HACE CONSTAR:

Que el (los) cliente(s)

XIMENA ALEJANDRA OSPINA

Identificado con CC 1021664917

Actualmente tiene(n) el producto Cuenta Ahorros, radicado(a) en la oficina VEINTE DE JULIO CRA 5, con las siguientes características:

Cuentamiga

Número:	24121652380
Fecha de apertura:	28 de Marzo de 2023
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 Sub red integrada de servicios de salud , realizada en el Canal Digital de la ciudad de Bogotá, el día Miércoles, 16 de Julio de 2025.

Cordialmente,

Vicepresidencia de Banca Masiva

BOGOTA, Septiembre 5 de 2025

Señora:

OSPINA XIMENA ALEJANDRA

CC. 1021664917CL 26A 2 45 SUR - 9418497

Ciudad

Ref: M-PYGA-F065. SOLICITUD INFORMACIÓN - AFILIACIÓN SALUD TOTAL EPS S.A.

En relación con el asunto de la referencia, y atendiendo su solicitud, nos permitimos informarle que a la fecha de expedición de la presente comunicación consta en nuestra base de datos que su afiliación al régimen contributivo de Salud Total EPS S.A. se realizó a partir de Marzo 14 de 2022. Los usuarios inscritos en su afiliación son:

Nombre	Documento	Tipo	Afiliación	Sem_c ot	Sem_A nt	Parentesco	Estado_Afiliación	Fecha_de_desafiliación_EPS	Estado_Actual	Discapacidad
OSPINA XIMENA ALEJANDRA	1021664917	C	Mar-14-2022	53	26	COTIZANTE	VIGENTE		Proteccion Laboral 1, mes 1	Ninguna

De acuerdo con los registros de la base de datos, su grupo familiar presenta la siguiente relación laboral:

Razón social del aportante	Usuario en contrato	Tipo de contrato	Estado de contrato
PRILLANTAS LIMITADA	1021664917	Dependiente	CERRADO

CARTA NO VALIDA PARA TRASLADO

En Salud Total apreciamos la confianza que usted ha depositado en nosotros y esperamos que usted y su familia continúen disfrutando de nuestros servicios de salud con Calidad total. Cualquier información adicional, con gusto será atendida por el personal de servicio al cliente de la sede administrativa de su ciudad, o puede comunicarse con nuestra línea gratuita 018000 1 14524 a nivel nacional o en Bogotá al teléfono 4854555.

Cordialmente,

Gerencia de Operaciones Comercial

SALUD TOTAL EPS S.A.

Elaboró: Servicios en Línea

NOTA: En caso requerido, este certificado es válido para la atención a través del Régimen Subsidiado o como población vinculada, si el Estado Actual es afiliación cancelada, novedad de retiro de trabajo, afiliación no efectiva, exclusión o anulación de la afiliación, siempre y cuando al momento de retiro o exclusión no haya reportado mora. Si es mora, o cancelación por falta de pago, debe informar a su aportante que debe ponerse al día en los pagos.

