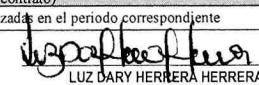
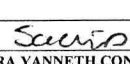
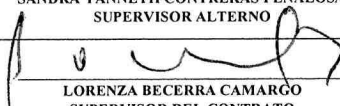
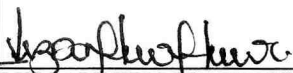
 SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E APOYO – GESTIÓN DE CONTRATACIÓN FORMATO INFORME DE EJECUCIÓN Y SUPERVISIÓN DE ACTIVIDADES DEL CONTRATO DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS Y DE APOYO A LA GESTIÓN CÓDIGO: AP-1A-FI-077 VERSIÓN: 2 FECHA: 2025-06-09			
CELEBRADO ENTRE LA SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E Y			
LUZ DARY HERRERA HERRERA			
CON C.C.N°		52.731.187	
OBJETO DEL CONTRATO:	PRESTAR SERVICIOS DE APOYO A LA GESTION COMO PROMOTOR 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 6327 2025	FECHA INICIO CONTRATO	17/09/2025
VALOR INICIAL DEL CONTRATO	\$ 1.354.633	No. HORAS EJECUTADAS	86
VALOR TOTAL DEL CONTRATO INCLUIDO ADICIONES:	\$ 1.354.633	VALOR DE HONORARIOS PERÍODO A CERTIFICAR:	\$ 1.187.121
PLAZO TOTAL DEL CONTRATO INCLUIDO PRORROGAS	TRECE (13) DIAS		
UNIDAD FUNCIONAL EJECUCIÓN DE ACTIVIDADES:	SA2 SEDE ADMINISTRATIVA SAN JOSE OBRERO		
NOMBRE DEL SUPERVISOR:	LORENZA BECERRA CAMARGO - DIRECTOR TECNICO CODIGO 009 GRAD00 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	ASISTENCIA A REUNIONES DE EQUIPO PROGRAMADAS POR LIDERES OPERATIVOS Y SDS		
4	SE REALIZA LA IDENTIFICACIÓN DE REGISTRO EN SALUD DE LA POBLACIÓN MEDIANTE LA CARACTERIZACIÓN Y SEGUIMIENTO A LAS FAMILIAS		
5	SE REALIZA CARACTERIZACION DE RUTEO EN LOS DIFERENTES BARRIOS ASIGNADOS		
6	SE ASISTE A LAS REUNIONES PROGRAMADAS POR LA PROFESIONAL DE APOYO.		
7	SE REALIZA CARACTERIZACION DE LA BASE DE RUTEO RBC EN LOS DIFERENTES BARRIOS ASIGNADOS		
8	SE ASISTE A LA PREAUDITORIA REQUERIDA POR EL PROFESIONAL DE APOYO.		
9	TRABAJO ADMINISTRATIVO EN CASA PARA ALISTAMIENTO FORMATO DE FIRMAS Y ESTRATEGIA A ABORDAR		
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 (17/09/2025) AL (30/09/2025)			
IV. INFORMACIÓN DE APORTES A SEGURIDAD SOCIAL			
No. DE PLANILLA:	CERTIFICADOS	OPERADOR:	MI PLANILLA
CONCEPTO DEL PAGO	ENTIDAD	FECHA DE PAGO	VALOR
SALUD:	SALUD TOTAL		
PENSIÓN:	PROTECCION		
RIESGOS LABORALES:	POSITIVA		
OTRO			
TOTAL PAGADO			50
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 SMMVLV (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.			
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	 LUZ DARY HERRERA HERRERA CC No 52731187		
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: 30/09/2025					
NOMBRES Y APELLIDOS:	LUZ DARY HERRERA HERRERA			CC:	52731187
CORREO ELECTRÓNICO:	salud.daryherrera@gmail.com			TELÉFONO:	3002503938
DIRECCIÓN DOMICILIO:	CL 20 A SUR 12 41 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					
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	Nº CUENTA:	91211592708
DATOS DEL PERIODO OBJETO DE PAGO					
Nº DEL CONTRATO:	PS 6327 2025	VALOR CORRESPONDIENTE AL PERIODO OBJETO DE COBRO	\$ 1.187.121		
FECHA DE INICIO CONTRATO	17/09/2025	FECHA DE TERMINACIÓN CONTRATO:	30/09/2025		
PERIODO OBJETO DE COBRO:	17/09/2025 AL 30/09/2025				
 LUZ DARY HERRERA HERRERA C.C 52731187 Cel: 3002503938					

Bogotá, Septiembre / 10 de 2025



Señor (a): LUZ DARY HERRERA HERRERA
CC. 52731187
CL 20A SUR 12 41 ESTE
BOGOTÁ

Referencia: Certificado de afiliación a Salud Total EPS-S S.A.

Reciba un Cordial saludo en nombre de Salud Total EPS-S SA,

Por medio de la presente, nos permitimos certificar que, a la fecha de expedición de la presente comunicación, registra en nuestras bases de datos su afiliación al régimen contributivo de Salud Total EPS-S S.A., la cual se realizó a partir de Octubre / 1 de 2019, y su estado afiliación es Activo como COTIZANTE.

CARTA NO VÁLIDA PARA TRASLADO.

En Salud Total EPS-S S.A. 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. Escucharte es la manera de mejorar nuestro servicio por eso conoce los canales por los cuales puedes generar certificaciones. Ingresa a la APP Salud Total EPS-S opción certificaciones o www.saludtotal.com.co Oficina Virtual, portal transaccional.

Cualquier información adicional, con gusto será atendida a través del enlace **Te Escuchamos en www.saludtotal.com.co** o puede comunicarse con nuestra línea 018000114524 a nivel nacional o en Bogotá al teléfono 4854555.

Cordialmente,

**GERENCIA DE OPERACIONES COMERCIAL
SALUD TOTAL EPS-S S.A.**

Elaboró: *Oficina Virtual*

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 y 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.

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 52731187	Nombres y apellidos	LUZ DARY HERRERA HERRERA
Fecha de afiliación	2025-05-16	Estado de afiliación	Activo
Fecha de inicio cobertura	2025-05-16	Tipo de vinculación	Independiente
Clase de riesgo	3	Fecha de retiro	

Esta certificación se expide a los 17 días del mes de septiembre 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) |
 defensorcliente@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

THE UNIVERSITY OF CHICAGO

LIBRARY

THE UNIVERSITY OF CHICAGO LIBRARY
540 EAST 57TH STREET, CHICAGO, ILL. 60637

ACQUISITIONS

1. *Journal of the American Medical Association*
2. *New England Journal of Medicine*

3. *Annals of the New York Academy of Sciences*
4. *Proceedings of the National Academy of Sciences*

PERIODICALS

5. *Science*
6. *Nature*
7. *Physical Review*

8. *Journal of the Royal Society*
9. *Philosophical Transactions of the Royal Society*

10. *Proceedings of the Royal Society*
11. *Journal of the Chemical Society*

12. *Journal of the Royal Microscopical Society*
13. *Journal of the Royal Society of Medicine*

14. *Journal of the Royal Society of Medicine*
15. *Journal of the Royal Society of Medicine*

16. *Journal of the Royal Society of Medicine*

17. *Journal of the Royal Society of Medicine*

18. *Journal of the Royal Society of Medicine*
19. *Journal of the Royal Society of Medicine*
20. *Journal of the Royal Society of Medicine*

21. *Journal of the Royal Society of Medicine*
22. *Journal of the Royal Society of Medicine*

23. *Journal of the Royal Society of Medicine*

Protección

Fondo de Pensiones Obligatorias Protección

NIT 800.229.739

Hace constar que:

El(la) Señor(a) **HERRERA HERRERA LUZ DARY** identificado(a) con **CC** número **52.731.187** se encuentra afiliado(a) en Pensiones Obligatorias a **PROTECCIÓN**, desde el día 01 de mayo de 2008 y sus recursos se encuentran distribuidos como se enuncia a continuación, de conformidad con lo consagrado en el Decreto 2373 de 2010 así:

1. El 20% al FONDO DE PENSIONES OBLIGATORIAS PROTECCIÓN MODERADO
2. El 80% al FONDO DE PENSIONES OBLIGATORIAS PROTECCIÓN MAYOR RIESGO

Esta constancia se expide a petición del(la) interesado(a) el día 17 de septiembre de 2025.

Cordialmente,



Cesar Mauricio Aubad Echeverry
Equipo Soporte para Clientes

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

*Si desea verificar la veracidad de esta información comuníquese con nosotros:

Asesor Virtual Pronto en nuestro Portal Web www.proteccion.com y App o comunicarse con la Línea de Servicio en:

Bogotá (601) 482 33 64 – Medellín (604) 510 90 99 – Cali (602) 386 00 80 -

Barranquilla (605) 319 79 99 – Cartagena (605) 642 49 99 – WhatsApp +57 310 220 5575

o llámanos desde tu computador desde cualquier lugar del mundo ingresando a <https://customers.wolkvox.com/clicktocall/proteccion/>

Introduction

The purpose of this report is to provide a comprehensive overview of the project's objectives, scope, and methodology.

The project aims to develop a robust system that can handle complex data sets and provide accurate results.

The methodology employed in this project is a combination of qualitative and quantitative research methods.

The project is organized into several sections, each focusing on a specific aspect of the research. The first section provides a detailed description of the project's background and the research problem. The second section outlines the research objectives and the scope of the study. The third section describes the methodology used to collect and analyze data. The fourth section presents the results of the research, and the fifth section discusses the conclusions and implications of the findings.

The project is expected to contribute to the understanding of the research problem and provide valuable insights into the development of a robust system.

The project is expected to be completed by the end of the year, and the results will be presented in a final report.

The project is expected to be a significant contribution to the field of research.

The project is expected to be a significant contribution to the field of research.

The project is expected to be a significant contribution to the field of research.

The project is expected to be a significant contribution to the field of research.

The project is expected to be a significant contribution to the field of research.

The project is expected to be a significant contribution to the field of research.

Certificación Bancaria

Miércoles, 17 de septiembre de 2025

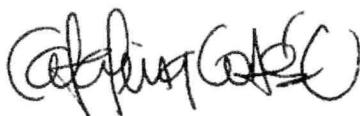
A quien pueda interesar

Bancolombia S.A. se permite informar que LUZ DARY HERRERA HERRERA identificado(a) con CC 52731187, a la fecha de expedición de esta certificación, tiene con el Banco los siguientes productos:

Producto	No. Producto	Fecha Apertura aaaa-mm-dd	Estado	Saldo
Cuenta Ahorros / A la mano	91211592708	2020-07-07	ACTIVO	*****

***Importante:** Esta constancia solo 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 del país: 01800 09 12345. Sucursales telefónicas en el exterior: España(34) 900 995 717 - Estados Unidos(1) 1 866 379 97 14.



Catalina Cortés Uribe.
Gerente Servicios Contact Center & BPO.

 **Bancolombia**

Bancolombia nunca solicitará sus datos personales o de sus productos bancarios mediante vínculos de correo electrónico. En caso de recibir alguno, repórtelo de inmediato a correosospedchoso@bancolombia.com.co

2. Concepto 13 Actualización de oficio

4. Número de formulario

141097417669

5. Número de identificación Tributaria (NIT) 5 2 7 3 1 1 8 7 4
6. DV Impuestos de Bogotá

14. Buzón electrónico

IDENTIFICACIÓN

24. Tipo de contribuyente Persona natural o sucesión ilíquida
25. Tipo de documento 2
Cédula de Ciudadanía 1 3
26. Número de identificación 5 2 7 3 1 1 8 7Lugar de expedición COLOMBIA
28. País 1 6 9
29. Departamento Bogotá D.C.
30. Ciudad/Municipio Bogotá, D.C.
34. Otros nombres DARY31. Primer apellido HERRERA
32. Segundo apellido HERRERA
33. Primer nombre LUZ35. Razón social
36. Nombre comercial
37. SiglaUBICACIÓN
38. País COLOMBIA
39. Departamento Bogotá D.C.
40. Ciudad/Municipio Bogotá, D.C.
41. Dirección principal CR 12 ESTE 2179 SUR42. Correo electrónico darymonita1957@gmail.com
43. Código postal 3 0 0 2 5 0 3 9 3 8
44. Teléfono 1
45. Teléfono 2CLASIFICACIÓN
Actividad económica
46. Código principal 8 6 9 9
47. Fecha inicio actividad 2 0 1 8 0 2 0 5
48. Código 8 2 9 9
49. Fecha inicio actividad 2 0 1 5 0 8 2 8
50. Código 1
Otras actividades 9 3 1 9
51. Código 2
OcupaciónResponsabilidades, Calidades y Atributos
53. Código 5 2 2 4 9
05- Impto. renta y compl. régimen ordinario
22- Obligado a cumplir deberes formales a
49 - No responsable de IVAUsuarios aduaneros
Exportadores
54. Código 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
11 12 13 14 15 16 17 18 19 20
55. Forma
56. Tipo
57. Modo
58. CPCIMPORTANTE: Sin perjuicio de las actualizaciones a que haya lugar, la inscripción en el Registro Único Tributario -RUT-, tendrá vigencia indefinida y en consecuencia no se exigirá su renovación
59. Anexos SI ☐ NO ☒ X
60. No. de Folios: 0
Para uso exclusivo de la DIANLa información suministrada a través del formulario oficial de inscripción, actualización, suspensión y cancelación del Registro Único Tributario (RUT), deberá ser exacta y veraz; en caso de constatar inexactitud en alguno de los datos suministrados se adelantarán los procedimientos administrativos sancionatorios o de suspensión, según el caso. Parágrafo del artículo 1.6.1.2.6 del Decreto 1625 del 2016. De igual manera al formalizar el trámite el usuario fue informado y acepta la política de tratamiento de datos ley 1581 de 2012.
Firma del solicitante:
984. Nombre ACTUACIÓN DE OFICIO AUTOMÁTICA
985. Cargo

