SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E
APOYO - GESTION 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: (31-08-2026)					
NOMBRES Y APELLIDOS:	**DANIEL FELIPE MUÑOZ TOLE**			**CC:**	**1020827351**
CORREO ELECTRÓNICO:	**daniiell1234@hotmail.com**			**TELÉFONO:**	**3218869724**
DIRECCIÓN DOMICILIO:	**CL 21 36 19**			**CIUDAD:**	**BOGOTA**
BANCO AL CUAL CONSIGNAR:	**BANCO DE BOGOTA**	**TIPO DE CUENTA:**	**AHORROS**	**N° CUENTA:**	**062087796**
DATOS DEL CONTRATO O ADICION Y PERIODO OBJETO DE PAGO					
Nº DEL CONTRATO:	**PS 4641 2026**	**VALOR CORRESPONDIENTE AL PERIODO OBJETO DE COBRO**			**$ 2.302.800**
FECHA DE INICIO CONTRATO	**2026/08/03**	**FECHA DE TERMINACIÓN CONTRATO:**			**2026/08/31**
PERIODO OBJETO DE COBRO:	**DEL 2026/08/04 AL 2026/08/31**				

DANIEL FELIPE MUÑOZ TOLE
PS_4641_2026_9B841B

NOMBRE Y FIRMA DEL CONTRATISTA:
DANIEL FELIPE MUÑOZ TOLE
CC: 1020827351
CEL: 3218869724

Secretaría de Salud Subred Integrada de Servicios de Salud Centro Oriente E.S.E.	**SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E** **APOYO - GESTION DE CONTRATACIÓN** **FORMATO INFORME DE EJECUCIÓN Y SUPERVISION 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			
DANIEL FELIPE MUÑOZ TOLE			
	CON C.C N°	**1.020.827.351**	
OBJETO DEL CONTRATO:	PRESTAR SERVICIOS PROFESIONALES COMO PSICOLOGO 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 DESARROLLO DEL CONVENIO MAS BIENESTAR EN TU HOGAR		
CONTRATO DE PRESTACION DE SERVICIOS PROFESIONALES No.	**PS 4641 2026**	**FECHA INICIO CONTRATO**	**2026/08/03**
VALOR INICIAL DEL CONTRATO	$ 4.335.040	**No. HORAS EJECUTADAS**	**101**
VALOR TOTAL DEL CONTRATO INCLUIDO ADICIONES:	$ 4.335.040	**VALOR DE HONORARIOS PERÍODO A CERTIFICAR:**	$ 2.302.800
PLAZO DEL CONTRATO INCLUYENDO PRORROGAS	UN (01) MES Y UN (01) DIA		
UNIDAD FUNCIONAL DE EJECUCIÓN DE ACTIVIDADES:	SEDE ADMINISTRATIVA SAN JOSE OBRERO		
NOMBRE DEL SUPERVISOR:	LIDA ESPERANZA MONTENEGRO PARRA		

ITEM	II. ACTIVIDADES REALIZADAS EN EL PERIODO, DE ACUERDO CON EL OBJETO Y LAS OBLIGACIONES ESTABLECIDAS EN EL CONTRATO (Deben ser coherentes con las obligaciones específicas del contrato realizadas durante el mes)
1	1. DESARROLLAR LAS ACTIVIDADES QUE SE GENEREN DIRECTA E INDIRECTAMENTE DEL OBJETO CONTRACTUAL EN LAS UNIDADES DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS ASIGNADAS DE ACUERDO CON LA PROGRAMACIÓN DE ACTIVIDADES 1.1 ACTIVIDADES A DESARROLLAR: REALICÉ LA APROPIACIÓN TERRITORIAL DEL COLEGIO ASIGNADO, MEDIANTE EL RECONOCIMIENTO DEL CONTEXTO INSTITUCIONAL Y TERRITORIAL. 1.2 PRODUCTOS (EVIDENCIAS): ELABORÉ EL ACTA DE APROPIACIÓN TERRITORIAL DEL COLEGIO ASIGNADO.
2	2. REALIZAR APROPIACIÓN CONCEPTUAL DESDE SU PERFIL CON LOS ANEXOS Y LINEAMIENTOS TÉCNICOS DEL CONVENIO MÁS BIENESTAR Y SUSCRITO ENTRE EL FDS Y LA SUBRED Y/O ACTUALIZACIONES QUE CORRESPONDAN. 2.1 ACTIVIDADES A DESARROLLAR: PARTICIPÉ DURANTE UNA SEMANA EN LAS CAPACITACIONES PROGRAMADAS COMO PARTE DEL PROCESO DE APROPIACIÓN CONCEPTUAL Y TÉCNICA DE LOS LINEAMIENTOS DEL CONVENIO MÁS BIENESTAR. ASIMISMO, REALICÉ LA REVISIÓN DE LA INFORMACIÓN SUMINISTRADA DURANTE LAS CAPACITACIONES. 2.2 PRODUCTOS (EVIDENCIAS): CUENTO CON REGISTRO DE ASISTENCIAS CORRESPONDIENTES A MI PARTICIPACIÓN EN LAS CAPACITACIONES REALIZADAS DURANTE EL PERIODO.
3	3. ENTREGAR AL SUPERVISOR, UNA VEZ FINALICE EL CONTRATO LOS ARCHIVOS FÍSICOS, MAGNÉTICOS, INSUMOS BIOMÉDICOS Y DOTACIÓN QUE SE HUBIEREN GENERADO Y/O ENTREGADO DURANTE SU EJECUCIÓN. 3.1 ACTIVDADES A DESARROLLAR: ESTA ACTIVIDAD NO LA REALICÉ DURANTE EL PERIODO REPORTADO, TENIENDO EN CUENTA QUE CORRESPONDE A LA FINALIZACIÓN DEL CONTRATO. 3.2 PRODUCTOS (EVIDENCIAS) NO APLICA.
4	4. REALIZAR EL PAGO DE LOS APORTES AL SISTEMA GENERAL DE SEGURIDAD SOCIAL Y APORTES PARAFISCALES, DE CONFORMIDAD CON LA LEY 1955 DE 2019, PLAN DE DESARROLLO 2018-2022, EN SU ARTÍCULO 336 DEROGÓ ESTOS PRECEPTOS Y EN SU LUGAR ENTRÓ A REGIR EL ARTÍCULO 244 DE LA MISMA NORMA, RATIFICANDO LO DISPUESTO EN LA LEY 1753 DE 2015, Y DEMÁS NORMAS QUE LO REGLAMENTEN, COMPLEMENTEN O SUSTITUYAN. EL INCUMPLIMIENTO DE ESTA OBLIGACIÓN O LA FALSEDAD EN LA MISMA SERÁ CAUSAL DE INCUMPLIMIENTO Y TERMINACIÓN DEL CONTRATO, PARA LO CUAL SE DARÁ TRÁMITE AL PROCESO PERTINENTE DE CONFORMIDAD CON EL MANUAL DE CONTRATACIÓN Y ACCIONES LEGALES A QUE HAYA LUGAR. 4.1 ACTIVIDADES A DESARROLLAR: DURANTE EL PERIODO REPORTADO SE REALIZÓ EL CUMPLIMIENTO DE LA OBLIGACIÓN RELACIONADA CON EL PAGO DE LOS APORTES AL SISTEMA GENERAL DE SEGURIDAD SOCIAL, PARA LO CUAL SE PRESENTARON LOS DOCUMENTOS Y SOPORTES SOLICITADOS. 4.2 PRODUCTOS (EVIDENCIAS): SE DA CUMPLIMIENTO MEDIANTE LA PRESENTACIÓN DE LOS DOCUMENTOS SOLICITADOS.
5	5. DESARROLLAR EL PLAN DE BIENESTAR, ACORDE A CRITERIO DE PRIORIZACIÓN Y A LAS CLARIDADES TÉCNICAS, OPERATIVAS Y METODOLÓGICAS RELACIONADAS EN LAS FICHAS TÉCNICAS. 5.1 ACTIVIDADES A DESARROLLAR: REALICÉ LAS FICHAS TÉCNICAS DE ACUERDO CON LAS TEMÁTICAS ESTABLECIDAS PARA EL DESARROLLO DE LA ESTRATEGIA DE EMBAJADORES DE BIENESTAR. 5.2 PRODUCTOS (EVIDENCIAS): REALICÉ LAS ACTAS CORRESPONDIENTES A CADA UNA DE LAS FICHAS TÉCNICAS ELABORADAS.
6	6. REALIZAR LA PLANILLA DE LAS FAMILIAS CON LAS QUE SE INICIAN LOS PLANES DE BIENESTAR FAMILIAR O EL FORMATO DE DISENTIMIENTO DE LAS FAMILIAS QUE RECHAZAN LA INTERVENCIÓN Y VERIFICAR EL ARCHIVO PLANO DE RUTEO, DONDE SE EVIDENCIE LA GESTIÓN FINAL DEL CASO. 6.1 ACTIVIDADES A DESARROLLAR: NO REALICÉ ESTA ACTIVIDAD DURANTE EL PERIODO REPORTADO, DEBIDO A QUE DURANTE ESTE PERIODO DESARROLLÉ ACTIVIDADES DE CAPACITACIÓN, APROPIACIÓN TERRITORIAL Y ELABORACIÓN DE FICHAS TÉCNICAS. 6.2 PRODCUTOS (EVIDENCIAS): NO APLICA.

7	7. REALIZAR LOS TAMIZAJES REQUERIDOS POR EL PERFIL DE ACUERDO CON LAS FICHAS TÉCNICAS (APGAR, EPOC, OMS, FINDRISC, REJILLAS DE CRECIMIENTO Y DESARROLLO RESOLUCIÓN 2465 Y 3280, COPE 28, SRQ, RQC, WHODAS, ZARIT, BARTHEL Y ACOMPAÑAMIENTO PSICOSOCIAL) SEGÚN APLIQUE. 7.1 ACTIVIDADES A DESARROLLAR: NO REALICÉ ESTA ACTIVIDAD DURANTE EL PERIODO REPORTADO, DEBIDO A QUE NO HABÍA INICIADO LAS INTERVENCIONES CON USUARIOS Y FAMILIAS. 7.2 PRODUCTOS (EVIDENCIAS): NO APLICA.
8	8. REALIZAR LAS CANALIZACIONES Y SEGUIMIENTO DE ACUERDO CON LA NECESIDAD Y EL RIESGO IDENTIFICADO EN LAS FAMILIAS. 8.1 ACTIVIDADES A DESARROLLAR: NO REALICÉ ESTA ACTIVIDAD DURANTE EL PERIODO REPORTADO, DEBIDO A QUE NO HABÍA INICIADO LAS INTERVENCIONES CON LAS FAMILIAS. 8.2 PRODUCTOS (EVIDENCIAS): NO APLICA.
9	9. REALIZAR AGENDAMIENTO EN TIEMPO REAL A LA UNIDAD RESOLUTIVA MÁS CERCANA DEL USUARIO ACORDE A LO ESTABLECIDO EN LOS LINEAMIENTOS TÉCNICOS. 9.1 ACTIVIDADES A DESARROLLAR: NO REALICÉ ESTA ACTIVIDAD DURANTE EL PERIODO REPORTADO, DEBIDO A QUE NO HABÍA INICIADO LAS INTERVENCIONES CON USUARIOS Y FAMILIAS. 9.2 PRODUCTOS (EVIDENCIAS): NO APLICA.
10	10. REALIZAR NOTIFICACIÓN DE EVENTOS DE INTERÉS DE SALUD PÚBLICA DE ACUERDO CON LA NECESIDAD. 10.1 ACTIVIDADES A DESARROLLAR: DURANTE EL PERIODO REPORTADO NO REALICÉ NOTIFICACIONES DE EVENTOS DE INTERÉS DE SALUD PÚBLICA, AL NO PRESENTARSE SITUACIONES QUE REQUIRIERAN DICHA ACCIÓN. 10.2 PRODUCTOS (EVIDENCIAS): NO APLICA.
11	11. REALIZAR EL CARGUE AL APLICATIVO GTAPS CON CALIDAD Y OPORTUNIDAD LA INFORMACIÓN DE LAS FAMILIAS VISITADAS EN EL CONVENIO EQUIPOS MÁS BIENESTAR EN TU HOGAR ACORDE A LO ESTABLECIDO EN LOS LINEAMIENTOS TÉCNICOS. 11.1 ACTIVIDADES A DESARROLLAR: NO REALICÉ ESTA ACTIVIDAD DURANTE EL PERIODO REPORTADO. 11.2 PRODUCTOS (EVIDENCIAS): NO APLICA.
12	12. APOYAR LAS ACTIVIDADES INHERENTES AL OBJETO DEL CONTRATO PARA EL MEJORAMIENTO CONTINUO DE CALIDAD Y AQUELLAS DEFINIDAS DENTRO DE LOS PLANES DE MEJORAMIENTO DE LOS DIFERENTES ESTÁNDARES DE HABILITACIÓN Y ACREDITACIÓN DE SERVICIOS DE SALUD. 12.1 ACTIVIDADES A DESARROLLAR: PARTICIPÉ EN LA REUNIÓN ADMINISTRATIVA PROGRAMADA DURANTE EL PERIODO Y EN LAS ACTIVIDADES DE CAPACITACIÓN RELACIONADAS CON EL DESARROLLO DEL OBJETO CONTRACTUAL. 12.2 PRODUCTOS (EVIDENCIAS): CUENTO CON LOS SOPORTES DE ASISTENCIA A LA REUNIÓN ADMINISTRATIVA Y A LAS ACTIVIDADES DE CAPACITACIÓN.
13	13. CUMPLIR CON ACTIVIDADES Y/O PRODUCTOS PROGRAMADOS Y ASIGNADOS CON LA CALIDAD DE DATOS (INTEGRIDAD, OPORTUNIDAD, CONSISTENCIAS, EXACTITUD) DESDE SU PERFIL PROFESIONAL Y CONFORME A LOS ANEXOS Y LINEAMIENTOS TÉCNICOS QUE HAGAN PARTE DE LA RELACIÓN CONTRACTUAL ENTRE EL FDS Y LA SUBRED, DE ACUERDO A LAS HORAS CONTRATADAS. 13.1 ACTIVIDADES A DESARROLLAR: REALICÉ LOS PRODUCTOS ASIGNADOS DURANTE EL PERIODO, CORRESPONDIENTES A LA ELABORACIÓN DE FICHAS TÉCNICAS Y SUS RESPECTIVAS ACTAS, DE ACUERDO CON LAS ORIENTACIONES RECIBIDAS DURANTE EL PROCESO DE CAPACITACIÓN. 13.2 PRODUCTOS (EVIDENCIAS) FICHAS TÉCNICAS Y ACTAS ELABORADAS.
14	14. REALIZAR REVISIÓN Y RESPONDER POR LOS FORMATOS DE CAPTURA, DOCUMENTOS, BASES O INFORMES GENERADOS COMO RESULTADO DE LAS ACCIONES O INTERVENCIONES REALIZADAS EN CUMPLIMIENTO A LOS ANEXOS A LOS LINEAMIENTOS TÉCNICOS DEL CONVENIO INTERADMINISTRATIVO MÁS BIENESTAR EN TU HOGAR. 14.1 ACTIVIDADES A DESARROLLAR: REALICÉ LA REVISIÓN Y ELABORACIÓN DE LOS DOCUMENTOS ASIGNADOS DURANTE EL PERIODO, CORRESPONDIENTES A LAS FICHAS TÉCNICAS Y ACTAS DE LAS ACTIVIDADES PROGRAMADAS. 14.2 PRODUCTOS (EVIDENCIAS): FICHAS TÉCNICAS Y ACTAS ELABORADAS.
15	15. REALIZAR CARGUE Y ENTREGA DE CUENTA DE COBRO EN LOS TIEMPOS ESTABLECIDOS, POR LA SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE, CON LA CALIDAD REQUERIDA. 15.1 ACTIVIDADES A DESARROLLAR: REALICÉ LA PREPARACIÓN DE LA DOCUMENTACIÓN CORRESPONDIENTE PARA LA ENTREGA DE LA CUENTA DE COBRO, DE ACUERDO CON LOS REQUISITOS ESTABLECIDOS. 15.2 PRODUCTOS (EVIDENCIAS) SOPORTES CORRESPONDIENTES A LA CUENTA DE COBRO.
16	16. DAR CUMPLIMIENTO DE LA POLÍTICA DE PROTECCIÓN Y TRATAMIENTO DE DATOS PERSONALES Y DE LA POLÍTICA GENERAL DE SEGURIDAD DE LA INFORMACIÓN DEL FFDS-SDS Y SUS SIMILES EN LA SISS. 16.1 ACTIVIDADES A DESARROLLAR: DI CUMPLIMIENTO A LAS ORIENTACIONES RELACIONADAS CON LA PROTECCIÓN Y TRATAMIENTO DE DATOS PERSONALES Y SEGURIDAD DE LA INFORMACIÓN DURANTE LAS ACTIVIDADES DESARROLLADAS EN EL PERIODO. 16.2 PRODUCTOS (EVIDENCIAS): NO APLICA.
17	17. REALIZAR NOTIFICACIÓN DEL TRABAJO INFANTIL, DEL TRABAJO FORZOSO, DE LAS CONDUCTAS DISCRIMINATORIAS, DEL HOSTIGAMIENTO SEXUAL, DE LA VIOLENCIA Y DE LA DISCRIMINACIÓN CONTRA LAS MUJERES. 17.1 ACTIVIDADES A DESARROLLAR: DURANTE EL PERIODO REPORTADO NO REALICÉ NOTIFICACIONES RELACIONADAS CON TRABAJO INFANTIL, TRABAJO FORZOSO, CONDUCTAS DISCRIMINATORIAS, HOSTIGAMIENTO SEXUAL, VIOLENCIA O DISCRIMINACIÓN CONTRA LAS MUJERES, DEBIDO A QUE NO SE PRESENTARON SITUACIONES QUE REQUIRIERAN DICHA NOTIFICACIÓN. 17.2 PRODUCTOS (EVIDENCIAS): NO APLICA.
18	18. APROPIAR LAS MEDIDAS PARA PREVENIR, CORREGIR Y DENUNCIAR EL HOSTIGAMIENTO SEXUAL, LA VIOLENCIA Y LA DISCRIMINACIÓN CONTRA LAS MUJERES, EN SUS ACTIVIDADES EMPRESARIALES Y CADENA DE SUMINISTRO EN EL MARCO DE LA EJECUCIÓN DEL PRESENTE CONVENIO. 18.1 ACTIVIDADES A DESARROLLAR: NO SE REPORTA ACTIVIDAD RELACIONADA CON ESTA OBLIGACIÓN DURANTE EL PERIODO CORRESPONDIENTE. 18.2 NO APLICA.
	19. CUMPLIR, SEGÚN SU PERFIL Y RESPONSABILIDADES ASIGNADAS, CON TODAS LAS OBLIGACIONES ESTABLECIDAS EN EL ANEXO TÉCNICO DEL CONVENIO MÁS BIENESTAR VIGENTE, SUSCRITO ENTRE EL FDS Y LA SUBRED, ASÍ COMO CON LOS LINEAMIENTOS TÉCNICOS Y OPERATIVOS QUE DE ESTE SE DERIVEN. 19.1ACTIVIDADES A DESARROLLAR: DI CUMPLIMIENTO A LAS ACTIVIDADES QUE ME FUERON ASIGNADAS DURANTE EL PERIODO, PARTICIPANDO EN LAS CAPACITACIONES PROGRAMADAS, EN LA REUNIÓN ADMINISTRATIVA, EN LA APROPIACIÓN TERRITORIAL DEL COLEGIO Y EN LA ELABORACIÓN DE LAS FICHAS TÉCNICAS Y ACTAS CORRESPONDIENTES, DE ACUERDO CON LAS ORIENTACIONES Y

19	RESPONSABILIDADES ASIGNADAS. 19.2 PRODUCTOS (EVIDENCIAS): FICHAS TÉCNICAS, ACTAS, ACTA DE APROPIACIÓN TERRITORIAL Y SOPORTES DE ASISTENCIA A LAS ACTIVIDADES REALIZADAS.

III. VERIFICACION DE ACTIVIDADES DESARROLLADAS

SE VERIFICA QUE QUE HA CUMPLIDO CON LAS ACTIVIDADES ASIGNADAS DURANTE EL MES O PERIODO LABORADO 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 (2026-08-04) AL (2026-08-31)

IV. INFORMACIÓN DE APORTES A SEGURIDAD SOCIAL

No. DE PLANILLA:	N°	OPERADOR:	
CONCEPTO DEL PAGO	ENTIDAD	FECHA DE PAGO	VALOR PAGADO
SALUD:	SANITAS		$ 0
PENSIÓN:	PORVENIR		$ 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 período 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 ningun caso el IBC sea menor a 1 SMMLV (de ser el primer pago adjunto certificaciones de afiliacion 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.

VII. ANEXOS

(Cuando se requiera como una de las obligaciones del contrato)

Anexar evidencias fotográficas y/o documentales que soporten las actividades realizadas en el período correspondiente

NOMBRE Y FIRMA DEL CONTRATISTA	*DANIEL FELIPE MUÑOZ TOLE* *PS_4641_2026_9B841B* **DANIEL FELIPE MUÑOZ TOLE** **CC: 1020827351**
FIRMA DE QUIEN VALIDA	*LUZ ADRIANA CALDERON RAMIREZ* *PS_4641_2026_9B841B* **LUZ ADRIANA CALDERON RAMIREZ** **SUPERVISOR ALTERNO**

FIRMA DE QUIEN CONVALIDA EL CUMPLIMIENTO DE LAS OBLIGACIONES PARA EL PRESENTE PERIODO DE PAGO	*LIDA ESPERANZA MONTENEGRO PARRA* *PS_4641_2026_9B841B* **LIDA ESPERANZA MONTENEGRO PARRA** **SUPERVISOR DEL CONTRATO**

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 Daniel Felipe Muñoz Tole, identificado(a) con CC número 1020827351, está registrado(a) en el POS DE EPS SANITAS con la siguiente información:

TIPO Y NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN	CC 1020827351
NOMBRES Y APELLIDOS	Daniel Felipe Muñoz Tole
TIPO DE AFILIADO	Titular
PARENTESCO	Titular
FECHA DE NACIMIENTO	06/07/1997
ESTADO DE LA AFILIACIÓN	0 Tiene Derecho A Cobertura Integral
CAUSA ESTADO DE AFILIACIÓN	10 - Cobertura Integral
FECHA DE INGRESO A EPS SANITAS	04/05/2004
FECHA DE RETIRO LABORAL / EPS SANITAS	Activo(a)
SEMANAS COTIZADAS EN EPS SANITAS	705 semanas
SEMANAS COTIZADAS EN OTRA EPS	Sin semanas reportadas en EPS SANITAS
SEMANAS COTIZADAS EN ÚLTIMO AÑO	56 semanas
RÉGIMEN	Contributivo
FECHA DE AFILIACIÓN AL RÉGIMEN	06/10/2015
NIVEL SISBEN	No aplica
EMPLEADOR(ES)*	

CEDULA DE CIUDADANIA 1020827351 DANIEL FELIPE MUÑOZ TOLE Desde 12/09/2025 - Vigente CEDULA DE CIUDADANIA 1020827351 Trabajador Independiente Desde 01/10/2025 Hasta 31/10/2025N.I.T. 800144331 SOCIEDAD ADMINISTRADORA DE FONDOS DE PENSIONES Y CESANTIAS PORVENIR S A Desde 02/01/2018 Hasta 12/09/2025CEDULA DE CIUDADANIA 1020827351 DANIEL FELIPE MUÑOZ TOLE Desde 27/08/2025 Hasta 30/08/2025

Generado por interfaces 10/08/2026

ESTE DOCUMENTO "NO ES VÁLIDO" PARA LA PRESTACIÓN DEL SERVICIO, NI PARA TRASLADOS.

CER_AFI_2026030280413

LA GERENCIA DE AFILIACIONES Y NOVEDADES

CERTIFICA QUE:

DANIEL FELIPE MUNOZ TOLE identificado con CC. 1020827351 registra la siguiente información en el ramo de Riesgos Laborales:

INFORMACIÓN DEL CONTRATANTE	
Nombres y/o Razón	SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E
Tipo y Numero de Documento	NI - 900959051

INFORMACIÓN RELACIÓN LABORAL			
Fecha de inicio de cobertura	2026/08/01	**Fecha inicio contrato**	2026/08/01
Tipo de vinculación	Independiente con Contrato	**Fecha de fin contrato**	2026/12/31
Riesgo	3	**Código actividad económica**	3861001 - Actividades de hospitales y clinicas, con internacion, comprende las actividades que consisten principalmente en
Estado afiliación	Activa		
Fecha retiro	-	**Estado del contrato**	Activa

Esta certificación se expide a los 6 días del mes de agosto del 2026.

Tenga en cuenta que, una vez finalice la fecha de terminación del contrato, el sistema aplicará automáticamente el retiro. Si tiene un nuevo contrato o prórroga, registre la novedad en www.positivaenlinea.gov.co para mantener la cobertura.

Para verificar la autenticidad de este certificado, escanea el código QR incluido o visita nuestra página web. Selecciona la opción "Validar certificados de afiliación" e ingresa el siguiente código: **CC06082026D1020827351M20905998.** Este código es válido por un mes.

Cordialmente,

Gerencia de afiliaciones y novedades ARL

POSITIVA COMPAÑIA DE SEGUROS S. A.

VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA
APO_13_2_2_FR01 V_08
MIS_4_1_3_FR15 v_010

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:

DANIEL FELIPE MUÑOZ TOLE, identificado(a) con cédula de ciudadanía **1.020.827.351**, se encuentra afiliado(a) al **Fondo de Pensiones Obligatorias Porvenir**.

La presente certificación se expide el 10 de Agosto del 2026.

Cordialmente,



Gerencia de Clientes

Tenga en cuenta:

Es importante que sea constante en realizar los aportes obligatorios para su pensión, así lograría recibir el ingreso que desea cuando obtenga su beneficio pensional.

DIAN

Formulario del Registro Único Tributario

001

2. Concepto 0 2 Actualización

4. Número de formulario 141265718422

(415)7707212489984(8020) 000014126571842 2

5. Número de Identificación Tributaria (NIT)	6. DV	12. Dirección seccional	14. Buzón electrónico
1 0 2 0 8 2 7 3 5 1	4	Impuestos de Bogotá 3 2	

IDENTIFICACIÓN

24. Tipo de contribuyente	25. Tipo de documento	26. Número de Identificación	
Persona natural o sucesión ilíquida 2	Cédula de Ciudadanía 1 3	1 0 2 0 8 2 7 3 5 1	

Lugar de expedición / 28. País	29. Departamento	30. Ciudad/Municipio
COLOMBIA 1 6 9	Bogotá D.C. 1 1	Bogotá, D.C. 0 0 1

31. Primer apellido	32. Segundo apellido	33. Primer nombre	34. Otros nombres
MUÑOZ	TOLE	DANIEL	FELIPE

35. Razón social

36. Nombre comercial	37. Sigla

UBICACIÓN

38. País	39. Departamento	40. Ciudad/Municipio
COLOMBIA 1 6 9	Cundinamarca 2 5	Soacha 7 5 4

41. Dirección principal: CR 21 36 19

42. Correo electrónico: daniiell1234@hotmail.com

43. Código postal	44. Teléfono 1	45. Teléfono 2
	3 2 1 8 8 6 9 7 2 4	

CLASIFICACIÓN

Actividad económica

Actividad principal		Actividad secundaria		Otras actividades		
46. Código	47. Fecha inicio actividad	48. Código	49. Fecha inicio actividad	50. Código	1	2
8 2 9 9	2 0 2 5 0 8 2 1	8 6 9 2	2 0 2 5 0 9 0 4	7 4 9 0		

Ocupación

51. Código	52. Número establecimientos

Responsabilidades, Calidades y Atributos

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26
4 9																									

53. Código: 49 - No responsable de IVA

Usuarios aduaneros

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10

54. Código

11	12	13	14	15	16	17	18	19	20

Exportadores

55. Forma	56. Tipo	Servicio	1	2	3
		57. Modo			
		58. CPC			

IMPORTANTE: 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

Para uso exclusivo de la DIAN

59. Anexos SI [ ] NO [X] 60. No. de Folios: 0 61. Fecha 2026-08-04 / 01:55:30PM

La 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:

Sin perjuicio de las verificaciones que la DIAN realice.

Firma autorizada:

984. Nombre MUÑOZ TOLE DANIEL FELIPE

985. Cargo CONTRIBUYENTE

CERTIFICADO SIN COSTO
DOCUMENTO

FORMACIÓN Y CAPACITACIÓN CONTÍNUA

La Subred Integrada de Servicios de Salud Centro Oriente E.S.E.

Certifica a:

DANIEL FELIPE MUNOZ TOLE

C.C. 1020827351

En la realización de la Inducción Institucional de la Subred Integrada de Servicios de Salud Centro oriente E.S.E.

Fecha de expedición: 4 de agosto de 2026

Luis Fernando Joya Joya
C.C. 74.323.870
Director Operativo Gestión Del Talento Humano

5144989663DM

Secretaría de Salud
Subred Integrada de Servicios de Salud
Centro Oriente E.S.E.

ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ D.C. | SECRETARÍA DE SALUD | BOGOTÁ

aportes en línea

Resumen General de Pago

DATOS GENERALES DEL APORTANTE

Identificación	dv	Razon Social	Clase Aportante	Sucursal Principal	Direccion	Ciudad-Departamento	Teléfono	Exonerado SENA e ICBF
CC 1020827351		MUÑOZ TOLE DANIEL FELIPE	INDEPENDIENTE	PRINCIPAL	Carrera 21 #36-19	SOACHA-CUNDINAMARCA	3218869724	No

DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION

Periodo		Clave		Tipo	Fecha		Pago		
Pensión	Salud	Pago	Planilla	Planilla	Limite	Pago	Banco	Dias Mora	Valor
2026-08	2026-08	1000001181	9508515564	I	2026/09/11	2026/09/10	BANCO DE BOGOTA	0	$567,700

LIQUIDACION DETALLADA DE APORTES

EMPLEADO					PENSION		SALUD				CCF				RIESGOS				PARAFISCALES		
No.	Identificación	Nombres	Codigo	Días	IBC	Aporte	Codigo	Días	IBC	Aporte	Codigo	Días	IBC	Aporte	Codigo	Días	IBC	Aporte	Días	IBC	Aporte
Sucursal: PRINCIPAL (1 Afiliados)					$1,800,000	$288,000			$1,800,000	$225,000			$1,800,000	$10,800			$1,800,000	$43,900		$0	$0
Centro de Trabajo: PRINCIPAL (1 Afiliados)					$1,800,000	$288,000			$1,800,000	$225,000			$1,800,000	$10,800			$1,800,000	$43,900		$0	$0
Ciudad: SOACHA Depto: CUNDINAMARCA (1 Afiliados)					$1,800,000	$288,000			$1,800,000	$225,000			$1,800,000	$10,800			$1,800,000	$43,900		$0	$0
1	CC	1020827351	MUÑOZ DANIEL	230301	30	$1,800,000	$288,000	EPS005	30	$1,800,000	$225,000	CCF22	30	$1,800,000	$10,800	14-23	30	$1,800,000	$43,900	30	$0	$0
Total		**Afiliados(1)**				$1,800,000	$288,000			$1,800,000	$225,000			$1,800,000	$10,800			$1,800,000	$43,900		$0	$0

aportes en línea

Resumen General de Pago

DATOS GENERALES DEL APORTANTE

Identificación	dv	Razon Social	Clase Aportante	Sucursal Principal	Direccion	Ciudad-Departamento	Teléfono	Exonerado SENA e ICBF
CC 1020827351		MUÑOZ TOLE DANIEL FELIPE	INDEPENDIENTE	PRINCIPAL	Carrera 21 #36-19	SOACHA-CUNDINAMARCA	3218869724	No

DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION

Periodo		Clave		Tipo	Fecha		Pago		
Pensión	Salud	Pago	Planilla	Planilla	Limite	Pago	Banco	Dias Mora	Valor
2026-08	2026-08	1000001181	9508515564	I	2026/09/11	2026/09/10	BANCO DE BOGOTA	0	$567,700

RESUMEN DE PAGO

RIESGO	CODIGO	NIT	DV	AFILIADOS	VALOR LIQUIDADO	INTERESES MORA	Fondo Solidaridad Pensional	Intereses de Mora Fondo Solidaridad	Fondo Subsistencia	Intereses de Mora Fondo Subsistencia	SALDOS E INCAPACIDADES	VAL
AFP (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$288,000	$0					$0	
PORVENIR	230301	800,224,808	8	1	$288,000	$0	$0	$0	$0	$0	$0	
ARL (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$43,900	$0					$0	
POSITIVA COMPAÑIA DE SEGUROS	14-23	860,011,153	6	1	$43,900	$0	$0	$0	$0	$0	$0	
CCF (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$10,800	$0					$0	
COLSUBSIDIO	CCF22	860,007,336	1	1	$10,800	$0	$0	$0	$0	$0	$0	
EPS (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$225,000	$0					$0	
SANITAS	EPS005	800,251,440	6	1	$225,000	$0	$0	$0	$0	$0	$0	
TOTAL				1	$567,700	$0	$0	$0	$0	$0	$0	

Resumen General de Pago

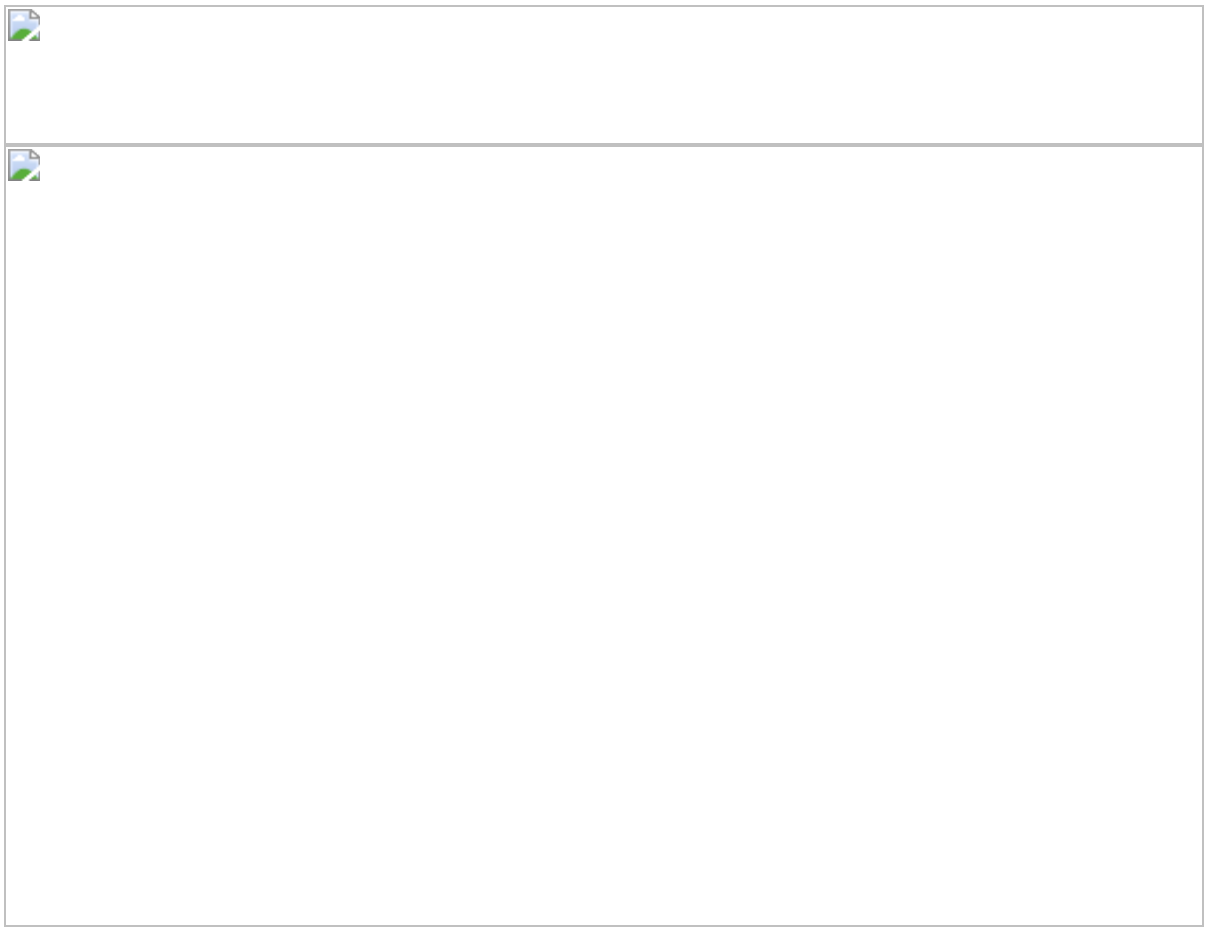
LOR A PAGAR
$288,000
$288,000
$43,900
$43,900
$10,800
$10,800
$225,000
$225,000
$567,700

Outlook

Comprobante de Pago Banco de Bogotá

Desde NotificacionesBDB@bancodebogota.net <NotificacionesBDB@bancodebogota.net>
Fecha Jue 10/09/2026 7:13 PM
Para daniiell1234@hotmail.com <daniiell1234@hotmail.com>

Este correo electrónico es promocional e informativo. Para asegurar la entrega de este mensaje no olvides agregar notificaciones@bancodebogota.net.co a tu lista de contactos. Recomendamos no responder a este correo, si deseas contactarnos, comunícate con la Servilínea de tu ciudad.



A continuación encontrará el detalle del

PAGO DE OBLIGACIÓN FINANCIERA

que fue realizado a través de Banca Móvil Banco de Bogotá.



- **Número de Autorización:** 006401
- **Fecha y Hora:** 2026-09-10 14:13:22
- **Cuenta Origen de Fondos:** Cuenta de Ahorros No. 7796
- **Banco:** Banco de Bogotá
- **Nombre de obligación:** Planilla As Aportes En Linea
- **Número de Obligación:** 9508515564
- **Monto:** $ 567.700,00
- **Resultado:** Exitoso
- **Costo de la transacción (Sin IVA):** $ 0,00
- **Canal:** Banca Movil - Smartphones
- **IP de Origen:** 191.156.145.145



Sabemos que le gusta ahorrar tiempo, por esto lo invitamos a seguir usando nuestros **Canales Electrónicos**, que le brindan seguridad y agilidad para que realice todas sus transacciones.



Si no deseas recibir más esta información comunícate con
nuestra Servilínea en Bogotá **382 00 00** o a la Servilínea de tu ciudad.

Banco de Bogotá © 2018 - Todos los derechos reservados



Por tu seguridad recuerda:
Nunca te solicitaremos datos financieros como usuarios, claves, números de tarjetas de crédito, código de seguridad ni fechas de vencimiento, mediante vínculos de correo electrónico y mensajes de texto. Ten cuidado con esta información aún cuando el correo parezca ser enviado por el banco. Cualquier e-mail sospechoso que te pida diligenciar datos o contraseñas, por favor repórtalo a nuestra Servilínea y haz caso omiso a la solicitud.