	SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E APOYO – GESTION DE CONTRATACIÓN FORMATO INFORME DE EJECUCIÓN DE ACTIVIDADES DEL CONTRATO DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS Y DE APOYO A LA GESTIÓN	CÓDIGO: AP-IA-FT-077 VERSIÓN: 2 FECHA: 2024-09-16

CELEBRADO ENTRE LA SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E Y						
JASON DAMIAN TOBAR RODRIGUEZ						
NÚMERO DE DOCUMENTO DE IDENTIDAD:	1.007.392.939					
OBJETO DEL CONTRATO:	PRESTAR SERVICIOS COMO TECNICO DE SISTEMAS 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 5537 2024		FECHA INICIO CONTRATO	6/11/2024		
VALOR INICIAL DEL CONTRATO	$ 2.132.324	PLAZO INICIAL DEL CONTRATO	VEINTICINCO (25) DIAS			
VALOR TOTAL DEL CONTRATO INCLUIDO ADICIONES:	$ 2.132.324		VALOR DE HONORARIOS PERIODO A CERTIFICAR:	$ 2.050.312		
Nº DE INFORME:	1	Nº CRP:	47467	Nº CDP:	3662	
PLAZO TOTAL DEL CONTRATO INCLUIDO PRORROGAS	VEINTICINCO (25) DIAS					
UNIDAD FUNCIONAL EJECUCION DE ACTIVIDADES:	SA2 SEDE ADMINISTRATIVA SAN JOSE OBRERO					
NOMBRE DEL SUPERVISOR:	LORENZA BECERRA CAMARGO - DIRECTOR TECNICO CODIGO 009 GRADO 05					

II. MODIFICACIONES CONTRACTUALES						
Nº DE MODIFICACIONES DEL CONTRATO:	N/A	TIPO DE MODIFICACIÓN	ADICIONES	(NUMERO)	PRORROGAS	(NUMERO)
VALOR ADICIONADO	$ -	CDP DE LA ADICIÓN:		CRP DE LA ADICIÓN:		TIEMPO PRORROGADO:

III. POLIZAS				
¿PACTÓ POLIZAS EN SU CONTRATO?	SI		NO	X
Nº DE POLIZA:		NOMBRE DE LA ASEGURADORA:		
FECHA DE LA POLIZA		FECHA DE APROBACIÓN:		

ITEM	IV. ACTIVIDADES REALIZADAS EN EL PERIODO, DE ACUERDO CON EL OBJETO Y LAS OBLIGACIONES ESTABLECIDAS EN EL CONTRATO (Deben ser coherentes con las obligaciones especificas del contrato realizadas durante el mes)
1	ASISTENCIA A PRIMERA CAPACITACIÓN DE TALENTO HUMANO EQUIPOS BÁSICOS EXTRAMURALES DE HOGAR EBEH
2	ELABORACION DE CRONOGRAMA DE ACTIVIDADES CORRESPONDIENTES AL MES EN CURSO
3	APOYO A PROFESIONAL DE CANALIZACIONES EN TAREAS VARIAS
4	APOYO ADMINISTRATIVO EN ENTREGA DE INSUMOS A PROFESIONALES
5	APLICACIÓN DE TAMIZAJES, ENTREVISTA SEMIESTRUCTURADA, DESARROLLO DE ACTIVIDADES DE PSICOEDUCACION PARA USO DE TÉCNICAS Y ESTRATEGIAS DE MODIFICACIÓN DE CONDUCTA EN RELACIÓN A ESTRATEGIAS ESTABLECIDAS EN LA FICHA TÉCNICA DE SALUD MENTAL EBEH

V. INFORMACIÓN DE APORTES A SEGURIDAD SOCIAL			
No. DE PLANILLA:	0	OPERADOR:	#N/A
CONCEPTO DEL PAGO	ENTIDAD	FECHA DE PAGO	VALOR PAGADO
SALUD:	SANITAS	N/A	$ -
PENSIÓN:	COLPENIONES	N/A	$ -
RIESGOS LABORALES:	SURA	N/A	$ -
OTRO	N/A	N/A	$ -
TOTAL PAGADO			$ 0

VI. 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

JASON DAMIAN TOBAR RODRIGUEZ
NOMBRE Y FIRMA DEL CONTRATISTA
CC: 1.007.392.939
CEL: 3177442816

	SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E APOYO – GESTION DE CONTRATACIÓN FORMATO INFORME DE SUPERVISION CONTRATO DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS Y APOYO A LA GESTION	CÓDIGO: AP-IA-FT-078 VERSIÓN: 2 FECHA: 2024-09-16

CELEBRADO ENTRE LA SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E Y	
NOMBRE DEL CONTRATISTA	JASON DAMIAN TOBAR RODRIGUEZ
NUMERO DOCUMENTO DE IDENTIDAD	1.007.392.939

I. INFORMACION GENERAL DEL CONTRATO DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS

OBJETO DEL CONTRATO:	PRESTAR SERVICIOS COMO TECNICO DE SISTEMAS 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 5537 2024		FECHA INICIO CONTRATO	6/11/2024	
VALOR INICIAL DEL CONTRATO	$ 2.132.324				
VALOR TOTAL DEL CONTRATO INCLUIDO ADICIONES:	$ 2.132.324		VALOR DE HONORARIOS PERÍODO A CERTIFICAR:	$ 2.050.312	
N° PAGO / N° DE INFORME:	1	N° CRP INICIAL:	47467	N° CDP INICIAL DEL CONTRATO	3662
PLAZO DEL CONTRATO INCLUYENDO PRORROGAS	VEINTICINCO (25) DIAS				
N° DE PLANILLA DE PAGO DE SEGURIDAD SOCIAL:	0		OPERADOR:	#N/A	
PROCESO EN DONDE SE EJECUTARON LAS ACTIVIDADES:	CONVENIO MAS BIENESTAR - DIRECCIÓN DE GESTIÓN INTEGRAL DEL RIESGO EN SALUD				
UNIDAD FUNCIONAL DE EJECUCIÓN DE ACTIVIDADES:	SA2 SEDE ADMINISTRATIVA SAN JOSE OBRERO				
NOMBRE DEL SUPERVISOR:	LORENZA BECERRA CAMARGO - DIRECTOR TECNICO CODIGO 009 GRADO 05				

II. MODIFICACIONES CONTRACTUALES

N° DE MODIFICACIÓN:	N° ( )	TIPO DE MODIFICACIÓN (ADICIÓN - PRÓRROGA):		ADICION ( )	PRORROGA ( )
VALOR ADICIONADO	$ -	CDP DE LA	RP DE LA	TIEMPO	(MESES O DIAS)

III. POLIZAS (SI APLICA)

¿PACTÓ POLIZAS EN SU CONTRATO?	SI		NO	X
N° DE POLIZA:		NOMBRE DE LA ASEGURADORA:		
FECHA DE LA POLIZA		ACTO ADMINISTRATIVO DE		

IV. VERIFICACIÓN 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 **DEL 06/11/2024 AL 30/11/2024**

FIRMA DE QUIEN CONVALIDA EL CUMPLIMIENTO DE LAS OBLIGACIONES PARA EL PRESENTE PERIODO DE PAGO:	**NOMBRE Y FIRMA DEL SUPERVISOR:** **LORENZA BECERRA CAMARGO** **CARGO: DIRECTOR TECNICO CODIGO 009 GRADO 05** **NOMBRE Y FIRMA APOYO TECNICO DEL SUPERVISOR:** **SANTIAGO SERRANO ROJAS** **PERFIL: PROFESIONAL ESPECIALIZADO, LIDER CONVENIO MAS BIENESTAR**

	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: 6** **FECHA: 2024-09-16**

DATOS DEL CONTRATISTA

FECHA DE DILIGENCIAMIENTO: 30/11/2024

NOMBRES Y APELLIDOS:	**JASON DAMIAN TOBAR RODRIGUEZ**	**CC:**	1.007.392.939
		RUT (NIT):	
CORREO ELECTRÓNICO:	JASON.TOBAR22@GMAIL.COM	**TELÉFONO:**	3177442816
DIRECCIÓN DOMICILIO:	KR 1 A 1 86	**CIUDAD:**	BOGOTÁ

Manifiesto bajo la gravedad del juramento que, en la declaración de renta del año gravable 2024

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.

Regimen 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:	**LULO BANK S.A**	**TIPO DE CUENTA:**	**AHORROS**	**Nº CUENTA:**	**300132536694**
NOMBRE DEL BANCO (APLICA CUANDO EL BANCO NO SE ENCUENTRE EN LA LISTA DESPLEGABLE)					

NÚMERO DEL CONTRATO Y DATOS DE LA ÚLTIMA ADICIÓN (PERIODO OBJETO DE PAGO)

Nº DEL CONTRATO:	**PS 5537 2024**	**Nº CDP:**	**3662**	**Nº. RP:**	**47467**	**PLAZO DEL CONTRATO INCLUIDAS PRORROGAS: VEINTICINCO (25) DIAS**
FECHA DE INICIO CONTRATO	**6/11/2024**	**FECHA DE TERMINACIÓN CONTRATO:**		**30/11/2024**		**VALOR TOTAL DEL CONRATO INCLUDO ADICIONES : $ 2.132.324**
PERIODO OBJETO DE COBRO:	DEL 06/11/2024 AL 30/11/2024					
VALOR A PAGAR CORRESPONDIENTE AL PERIODO OBJETO DE COBRO EN (LETRAS Y NUMEROS)	$					2.050.312
	DOS MILLONES CINCUENTA MIL TRESCIENTOS ONCE PESOS M/CTE					

NOMBRE: JASON DAMIAN TOBAR RODRIGUEZ
CC 1.007.392.939
CEL 3177442816

E.P.S.Sanitas
Sanitas Internacional

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 Jason Damian Tobar Rodriguez, identificado(a) con CC número 1007392939, está registrado(a) en el POS DE EPS SANITAS con la siguiente información:

TIPO Y NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN	CC 1007392939
NOMBRES Y APELLIDOS	Jason Damian Tobar Rodriguez
TIPO DE AFILIADO	Titular
PARENTESCO	Titular
FECHA DE NACIMIENTO	22/03/2001
ESTADO DE LA AFILIACIÓN	0 Tiene Derecho A Cobertura Integral
CAUSA ESTADO DE AFILIACIÓN	10 - Cobertura Integral
FECHA DE INGRESO A EPS SANITAS	01/11/2011
FECHA DE RETIRO LABORAL / EPS SANITAS	Activo(a)
SEMANAS COTIZADAS EN EPS SANITAS	445 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	25/01/2024
NIVEL SISBEN	No aplica
EMPLEADOR(ES)*	

CEDULA DE CIUDADANIA 1007392939 Trabajador Independiente Desde 30/08/2024 - Vigente CEDULA DE CIUDADANIA 1007392939 JASON DAMIAN TOBAR RODRIGUEZ Desde 01/07/2024 Hasta 31/07/2024CEDULA DE CIUDADANIA 1007392939 JASON DAMIAN TOBAR RODRIGUEZ Desde 25/01/2024 Hasta 30/06/2024

Generado por interfaces 26/09/2024

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

Medellín, 15 de noviembre de 2024

CERTIFICADO DE AFILIACIÓN – ARL SURA

La Administradora de Riesgos Laborales, SEGUROS DE VIDA SURAMERICANA S.A.NIT 890.903.790 - 5, certifica:

Que JASON DAMIAN TOBAR RODRIGUEZ identificado(a) con C1007392939 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.arlsura.com.co / validar certificados e ingrese el siguiente código único de generación válido por un mes:C10073929392432029367

Atentamente,

Dirección de Afiliaciones y Recaudos

VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA

Dirección IP 10.205.28.11

COLOMBIA POTENCIA DE LA VIDA

Colpensiones

LA ADMINISTRADORA COLOMBIANA DE PENSIONES - COLPENSIONES

CERTIFICA QUE

Verificada la base de datos de afiliados, el/la señor/a **JASON DAMIAN TOBAR RODRIGUEZ** identificado/a con documento de identidad **Cédula de Ciudadanía** número **1007392939,** se encuentra afiliado/a desde **17/01/2024** 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 26 de septiembre de 2024.

VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA

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.