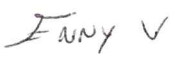
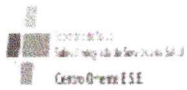


¿PACTÓ POLIZAS EN SU CONTRATO?		SI	NO	X
Nº DE PÓLIZA:		N/A	NOMBRE DE LA ASEGURADORA:	
FECHA DE LA PÓLIZA		N/A	FECHA DE APROBACIÓN:	
IV. ACTIVIDADES REALIZADAS EN EL PERIODO, DE ACUERDO CON EL OBJETO Y LAS OBLIGACIONES ESTABLECIDAS EN EL CONTRATO (Deben ser coherentes con las actividades específicas realizadas durante el mes)				
1	<p>1. OBLIGACIÓN: Prestar sus servicios con calidad y oportunidad, para el desarrollo de las actividades del Plan de Intervenciones Colectivas en el Distrito Capital según convenio PSPIC vigente y suscrito entre el FDS y la Subred.</p> <p>2. ACTIVIDADES DESARROLLADAS: se presta servicio como Gestor Comunitario en el marco de las acciones estipuladas por lineamiento, para la Estrategia Dispositivos Comunitarios Para el cuidado colectivo, Crónicos del entorno cuidador comunitario ,mediante actividades de alistamiento, concertaciones, fortalecimiento de grupos comunitarios y desarrollo de sesiones colectivas, así como actividades de enganche.</p> <p>3. PRODUCTO (EVIDENCIA): Actas de concertación líderes, mapa de actores, links para matriz poblacional , listados sesiones colectivas .</p>			
2	<p>1. OBLIGACIÓN: Presentar mensualmente el cronograma de actividades a desarrollar.</p> <p>2. ACTIVIDADES DESARROLLADAS: se realiza entrega actualización respectiva al cronograma de actividades ,Se presenta en el Drive cronograma de las acciones a Desarrollar, grupos y Direcciones</p> <p>3. PRODUCTO (EVIDENCIA): Formato de cronograma del mes de noviembre catgado en el drive</p>			
3	<p>1. OBLIGACIÓN: Apoyar la prestación de servicios en el Plan de Intervenciones Colectivas, presentando la información y/o soportes que se solicite conforme a los anexos y lineamientos técnicos del convenio PSPIC vigente y suscrito entre el FDS y la Subred.</p> <p>2. ACTIVIDADES DESARROLLADAS: se realiza entrega de formatos de sesiones colectivas actas digitales de concertación correspondientes a lo acordado con los líderes para el desarrollo de los encuentros grupales, se digita link de concertaciones y acciones propias del gestor.</p> <p>3. PRODUCTO (EVIDENCIA): Actas y listados del mes de noviembre</p>			
4	<p>1. OBLIGACIÓN: 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</p> <p>2. ACTIVIDADES DESARROLLADAS: para el mes de noviembre se realizarán llamadas y visitas en campo para concertar grupos para el desarrollo de las sesiones colectivas mse observo mapa de actores realizando la actualización de contactos.</p> <p>3. PRODUCTO (EVIDENCIA): Actas y listados de sesiones colectivas</p>			
5	<p>1. OBLIGACIÓN: Realizar apropiación conceptual desde su perfil con los anexos y lineamientos técnicos del convenio PSPIC vigente y suscrito entre el FDS y la Subred.</p> <p>2. ACTIVIDADES DESARROLLADAS: se realizó la apropiación conceptual de los lineamientos mconociendo los productos y estrategias .</p> <p>3. PRODUCTO (EVIDENCIA): Acta de apropiación de lineamientos</p>			
6	<p>1. OBLIGACIÓN: Realizar acciones extramurales a la población asignada a nivel individual, familiar y colectivo, desde su perfil operativo, y conforme a los anexos y lineamientos técnicos que hagan parte de la relación contractual entre la subred con el Fondo Financiero-SDS.</p> <p>2. ACTIVIDADES DESARROLLADAS: se participa en la reunión del entorno cuidador comunitario, direccionamiento técnico y asistencias tecnicas convocadas a nivel distrital.</p> <p>3. PRODUCTO (EVIDENCIA): Acta y listados del mes de noviembre</p>			
7	<p>1. OBLIGACIÓN: Realizar acciones de promoción y prevención de la salud a nivel individual, familiar y colectivo, desde su perfil operativo y conforme a los anexos y lineamientos.</p> <p>2. ACTIVIDADES DESARROLLADAS: se promocionan distintas acciones de prevención ,ubicación de jornadas o demas estrategias asi como se promociona todo para el cuidado a la salud de las personas que padecen una enfermedad cronica o estan en riesgo.</p> <p>3. PRODUCTO (EVIDENCIA): Actas concertación</p>			
8	<p>1. OBLIGACIÓN: Participar y gestionar los acercamientos comunitarios e institucionales que se requieran, para el desarrollo de las acciones de cada Espacio y/o Proceso Transversal del PSPIC.</p> <p>2. ACTIVIDADES DESARROLLADAS: se realizan articulaciones y concertaciones con líderes comunitarios ,organizaciones, salones</p> <p>3. PRODUCTO (EVIDENCIA): portafolio de actores, links de información para matriz poblacional, listado de sesiones colectivas</p>			
9	<p>1. OBLIGACIÓN: Organizar el archivo de la documentación generada de acuerdo a la normatividad y tabla de retención documental.</p> <p>2. ACTIVIDADES DESARROLLADAS: gestión documental de los soportes de acuerdo a la normatividad asignada para el archivo de los productos ejecutados se organiza por proceso, localidad y fecha según la norma establecida.</p> <p>3. PRODUCTO (EVIDENCIA): Formatos de sesiones colectivas .</p>			
10	<p>1. OBLIGACIÓN: Realizar las demás obligaciones que se relacionen con el objeto del contrato y que sean requeridas por la supervisión. Contenidas en el formato de necesidad de personal que hace parte integral del presente contrato.</p> <p>2. ACTIVIDADES DESARROLLADAS: para el mes de noviembre se realizarán concertaciones con líderes comunitarios para el desarrollo de 48 sesiones colectivas en encuentros grupales para 12 grupos distribuidos en las localidades asignadas.</p>			
V. INFORMACIÓN DE APORTES A SEGURIDAD SOCIAL				
No. DE PLANILLA:		CERTIFICADO	OPERADOR:	SIMPLE
CONCEPTO DEL PAGO		ENTIDAD	FECHA DE PAGO	VALOR PAGADO
SALUD:		FAMISANAR		\$ -
PENSIÓN:		PORVENIR		\$ -
RIESGOS LABORALES:		BOLIVAR		\$ -
OTRO		CCF COMPENSAR		\$ -
TOTAL PAGADO				\$ -
VI. DECLARACIONES DEL CONTRATISTA				
<p>1.- Que desarrollé las actividades descritas en el informe anexo, dentro del periodo de cobro.</p> <p>2.- Que realicé el pago de la Seguridad Social donde el IBC se calculó 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 SMMMLV (de ser el primer pago adjunto certificaciones de afiliación a EPS, ARL, Pensión, RUT)</p> <p>3.- Que adjunto evidencia del cargue en el aplicativo SECOP de la cuenta correspondiente al mes objeto de cobro.</p> <p>4.- Que autorizo los impuestos a que estoy obligado a pagar, por ocasión al señalado contrato.</p>				
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 periodo correspondiente				
				
NOMBRE Y FIRMA DEL CONTRATISTA: JENNY PAOLA VARGAS REYES C.C.: 1.023.909.062 C.E.L: 3208792444				



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: 6
FECHA: 2024-09-16

DATOS DEL CONTRATISTA

FECHA DE DILIGENCIAMIENTO: 28/02/2025

NOMBRES Y APELLIDOS:	JENNY PAOLA VARGAS REYES	CC:	1,023,909,062
		RUT (NIT):	1023909062-4
CORREO ELECTRÓNICO:	jennysol91@hotmail.com	TELÉFONO:	3208792444
DIRECCIÓN DOMICILIO:	KR 21 37D 09 SUR	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.

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	TIPO DE CUENTA:	AHORROS	N° CUENTA:	24106481914
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)

N° DEL CONTRATO:	PS 5529 2024	N° CDP:	3957 - 4011	N° RP:	47481 - 48830	PLAZO DEL CONTRATO INCLUIDAS PRORROGAS: 1 MES 24 DIAS
------------------	--------------	---------	-------------	--------	---------------	---

FECHA DE INICIO CONTRATO	7/11/2024	FECHA DE TERMINACIÓN CONTRATO:	31/12/2024	TOTAL DEL CONTRATO INCLUIDO ADICIONES:	\$ 3,384,585
--------------------------	-----------	--------------------------------	------------	--	--------------

PERIODO OBJETO DE COBRO: DEL 7/11/2024 AL 30/11/2024

VALOR A PAGAR CORRESPONDIENTE AL PERIODO OBJETO DE COBRO EN (LETRAS Y NUMEROS)	\$ 309,209
	TRESCIENTOS NUEVE MIL DOSCIENTOS NUEVE PESOS

Jenny V

NOMBRE Y FIRMA DEL CONTRATISTA: JENNY PAOLA VARGAS REYES

CC: 1,023,909,062
CEL: 3208792444

VALOR ADICIONADO		CDP DE LA ADICIÓN:		RP DE LA ADICIÓN:		TIEMPO PRORROGADO:	
VALOR ADICIONADO		CDP DE LA ADICIÓN:		RP DE LA ADICIÓN:		TIEMPO PRORROGADO:	
VALOR ADICIONADO		CDP DE LA ADICIÓN:		RP DE LA ADICIÓN:		TIEMPO PRORROGADO:	
VALOR ADICIONADO		CDP DE LA ADICIÓN:		RP DE LA ADICIÓN:		TIEMPO PRORROGADO:	
VALOR ADICIONADO		CDP DE LA ADICIÓN:		RP DE LA ADICIÓN:		TIEMPO PRORROGADO:	
VALOR ADICIONADO		CDP DE LA ADICIÓN:		RP DE LA ADICIÓN:		TIEMPO PRORROGADO:	
VALOR ADICIONADO		CDP DE LA ADICIÓN:		RP DE LA ADICIÓN:		TIEMPO PRORROGADO:	
VALOR ADICIONADO		CDP DE LA ADICIÓN:		RP DE LA ADICIÓN:		TIEMPO PRORROGADO:	

III. POLIZAS (SI APLICA)

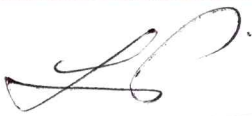
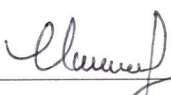
Nº DE PÓLIZA:	N/A	NOMBRE DE LA ASEGURADORA:	N/A
FECHA DE LA PÓLIZA	N/A	ACTO ADMINISTRATIVO DE APROBACIÓN:	N/A

IV. VERIFICACION DE ACTIVIDADES DESARROLLADAS

SE VERIFICA 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 **7/11/2024** al **30/11/2024**

FIRMA DE QUIEN CONVALIDA EL CUMPLIMIENTO DE LAS OBLIGACIONES PARA EL PRESENTE PERIODO DE PAGO:	 NOMBRE Y FIRMA DEL SUPERVISOR: LIDA ESPERANZA MONTENEGRO PARRA CARGO: PROFESIONAL ESPECIALIZADO ÁREA DE LA SALUD CÓDIGO 242 GRADO 30
	 NOMBRE Y FIRMA/APOYO TECNICO DEL SUPERVISOR: CLAUDIA IRENE SEGURA VERA PERFIL: PROFESIONAL ESPECIALIZADO REFERENTE DE GESTION



CERTIFICA QUE:

El(La) Señor(a) JENNY PAOLA VARGAS REYES identificado(a) con CC 1023909062 se encuentra afiliado(a) a la EPS en condición de 1° COTIZANTE.

Fecha de Activación de	08/08/2016
Estado de la Afiliación:	ACTIVO
IPS:	CENTRO MEDICO COLSUBSIDIO PLAZA DE LAS AMERICAS
Categoría:	A

La presente certificación se expide a solicitud del(de la) interesado(a) en QUIEN , a los 11 días del mes febrero del 2025.

La certificación tiene validez de un mes con respecto a la fecha de generación.

Observaciones:

NO VÁLIDO PARA TRASLADO A OTRA EPS.

Cordialmente,

Fredy Alexander Caicedo Sierra
Director Operaciones Comerciales
EPS FAMISANAR S.A.S.



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

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 1505666909409, 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	1023909062	JENNY PAOLA VARGAS REYES	RIESGO 3	3	2.436%	01/01/2025	31/12/2025	IND CONTRATO PRESTACION DE SERVICIOS MAYOR A 1MES	ACTIVO

Se expide a solicitud del interesado el 11 de Febrero del año 2025.

Firma Representante Legal

**SOCIEDAD ADMINISTRADORA DE FONDOS DE
PENSIONES Y CESANTÍAS PORVENIR S.A**

En condición de administradora del

FONDO DE PENSIONES OBLIGATORIAS PORVENIR

NIT 800.144.331 - 3

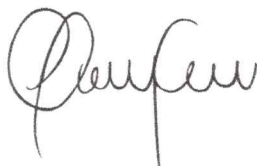
CERTIFICA QUE:

JENNY PAOLA VARGAS REYES, identificado(a) con cédula de ciudadanía **1.023.909.062**, se encuentra afiliado(a) en el **FONDO DE PENSIONES OBLIGATORIAS PORVENIR** a partir del 20 de febrero de 2013, con saldo a la fecha de:

Fondo	Saldo Obligatorio	Saldo Voluntario Afiliado	Saldo Voluntario Empleador	Saldo Total
Pensiones Obligatorias Moderado	\$ 9.873.978	\$ 0	\$ 180	\$ 9.874.158
Pensiones Obligatorias Mayor Riesgo	\$ 10.764.776	\$ 0	\$ 0	\$ 10.764.776

La presente certificación se expide el 11 de Febrero del 2025.

Cordialmente,



Gerente de Clientes

En Porvenir nos transformamos pensando en tu comodidad, por esto, ponemos a tu disposición los canales digitales para que consultes y obtengas la información de tus productos.



App Porvenir | www.porvenir.com.co

2. Concepto 0 2 Actualización

4. Número de formulario

14917457839



(415)7707212489984(8020) 000001491745783 9

5. Número de Identificación Tributaria (NIT) 1 0 2 3 9 0 9 0 6 2 | 6. DV 4 | 12. Dirección seccional Impuestos de Bogotá | 14. Buzón electrónico 3 2

IDENTIFICACIÓN

24. Tipo de contribuyente Persona natural o sucesión ilíquida | 25. Tipo de documento Cédula de Ciudadanía | 26. Número de Identificación 1 0 2 3 9 0 9 0 6 2

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

31. Primer apellido VARGAS | 32. Segundo apellido REYES | 33. Primer nombre JENNY | 34. Otros nombres PAOLA

35. Razón social

36. Nombre comercial | 37. Sigla

UBICACIÓN

38. País COLOMBIA | 39. Departamento Bogotá D.C. | 40. Ciudad/Municipio Bogotá, D.C. | 0 0 1

41. Dirección principal CR 2 I 37 D 09 SUR BRR GUACAMAYAS

42. Correo electrónico jennysol91@hotmail.com

43. Código postal | 44. Teléfono 1 2 0 7 7 8 1 0 | 45. Teléfono 2 3 2 0 8 7 9 2 4 4 4

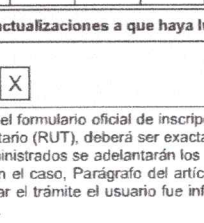
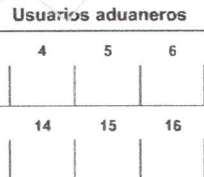
CLASIFICACIÓN

Actividad económica				Ocupación			
Actividad principal		Actividad secundaria		Otras actividades		51. Código	52. Número establecimientos
46. Código	47. Fecha inicio actividad	48. Código	49. Fecha inicio actividad	50. Código	1 2		
8 5 1 2	2 0 1 9 0 2 0 5	8 5 1 1	2 0 2 0 0 3 0 4	8 2 9 9			

Responsabilidades, Calidades y Atributos

53. Código 4 9 | 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

49 - No responsable de IVA



Usuarios aduaneros										Exportadores					
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	55. Forma	56. Tipo	Servicio	1	2	3
54. Código												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

60. No. de Folios: 0

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 VARGAS REYES JENNY PAOLA

985. Cargo CONTRIBUYENTE