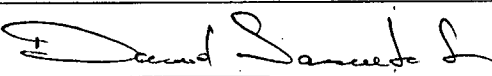

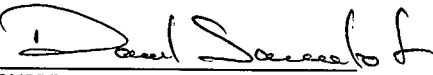
		SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E APOYO - GESTIÓN DE CONTRATACIÓN FORMATO INFORME DE EJECUCIÓN DE ACTIVIDADES DEL CONTRATO DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS Y DE APOYO A LA GESTIÓN		CÓDIGO: AP-IA-FT-077 VERSIÓN: 2 FECHA: 2024-09-16	
CELEBRADO ENTRE LA SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E Y					
JOSE DAVID SARMIENTO LOPEZ					
NÚMERO DE DOCUMENTO DE IDENTIDAD:			80.192.083		
OBJETO DEL CONTRATO:		PRESTAR SERVICIOS COMO GEOGRAFO 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 CONVENIO MAS BIENESTAR			
CONTRATO DE PRESTACION DE SERVICIOS PROFESIONALES No.		PS 5184 2024		FECHA INICIO CONTRATO	
				24/10/2024	
VALOR INICIAL DEL CONTRATO		\$ 5.330.760		PLAZO INICIAL DEL CONTRATO	
				UN (1) MES Y DIEZ (10) DIAS	
VALOR TOTAL DEL CONTRATO INCLUIDO ADICIONES:		\$ 14.526.321		VALOR DE HONORARIOS PERÍODO A CERTIFICAR:	
				\$ 1.199.421	
Nº DE INFORME:		6		Nº CRP:	
				44710	
PLAZO TOTAL DEL CONTRATO INCLUIDO PRORROGAS		Nº CDP:			
		3662			
		TRES (3) MESES Y DIECINUEVE (19) DIAS			
UNIDAD FUNCIONAL EJECUCIÓN 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:		3		TIPO DE MODIFICACIÓN	
				ADICIONES	
				3	
				PRORROGAS	
				3	
VALOR ADICIONADO		\$ 1.199.421		CDP DE LA ADICIÓN:	
				4053	
				CRP DE LA ADICIÓN:	
				49694	
				TIEMPO PRORROGADO:	
				NUEVE(9) DIAS	
VALOR ADICIONADO		\$ 3.998.070		CDP DE LA ADICIÓN:	
				4120	
				CRP DE LA ADICIÓN:	
				50785	
				TIEMPO PRORROGADO:	
				UN (1) MES	
VALOR ADICIONADO		\$ 3.998.070		CDP DE LA ADICIÓN:	
				46	
				CRP DE LA ADICIÓN:	
				3349	
				TIEMPO PRORROGADO:	
				UN (1) MES	
III. POLIZAS					
¿FACTO POLIZAS EN SU CONTRATO?		SI		NO	
				X	
Nº DE PÓLIZA:		NOMBRE DE LA ASEGURADORA:			
FECHA DE LA PÓLIZA		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 obligaciones específicas del contrato realizadas durante el mes)					
ITEM					
1	REALIZAR CRONOGRAMA DE ACTIVIDADES A DESARROLLAR DURANTE ESTE PERIODO DEL MES Y LA PROYECCIÓN DEL CRONOGRAMA DEL MES DE DEL 10 AL 31 2024				
2	REALIZAR 15 IMPLEMENTACIONES A EL PLAN DE CUIDADO FAMILIAR EN LAS LOCALIDADES DE LOS MÁRTIRES Y SANTA FE				
3	PARTICIPAR EN ASISTENCIA TÉCNICA CONVOCADA POR LA SDS PARA LOS EQUIPOS ÉTNICOS DIFERENCIALES.				
4	REALIZAR ATENCIÓN PROPIA DE LA MEDICINA ANCESTRAL EN EL KILOBO ARONI				
5	PARTICIPAR DE REUNIÓN MENSUAL DE LOS EQUIPOS ÉTNICOS, PROGRAMADA POR LA PROFESIONAL DE APOYO.				
6	REALIZAR PRE CRITICA O PRE AUDITORÍA, A LOS PRODUCTOS ENTREGADOS DURANTE EL PERÍODO.				
7	REALIZAR ACCIONES DE PROMOCIÓN Y PREVENCIÓN DE LA SALUD EN LAS FAMILIAS EMBÉRA				
8	REALIZAR EVALUACIÓN CON LA COMUNIDAD E INSTITUCIONES PARA EL DESARROLLO DE ACCIONES DE CADA ESPACIO PROCESO TRANSVERSAL PS PIC				
9	ORGANIZAR LOS SOPORTES PARA LA GESTIÓN DOCUMENTAL				
10	ENTREGA DE SOPORTES DE LAS ACCIONES REALIZADAS				
V. INFORMACIÓN DE APORTES A SEGURIDAD SOCIAL					
No. DE PLANILLA:		9480220485		OPERADOR:	
				APORTES EN LINEA	
CONCEPTO DEL PAGO		ENTIDAD		FECHA DE PAGO	
SALUD:		SANITAS		11/02/2025	
PENSIÓN:		PORVENIR		11/02/2025	
RIESGOS LABORALES:		SEGUROS BOLIVAR		11/02/2025	
OTRO					
TOTAL PAGADO				\$ 495.000	
VI. 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 SMMLV (de ser el primer pago adjunto certificaciones de afiliación a eps, arl, pensión, rui)					
3.- Que adjunto evidencia del cargue en el aplicativo secep 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 periodo correspondiente					
					
JOSE DAVID SARMIENTO LOPEZ NOMBRE Y FIRMA DEL CONTRATISTA CC: 80.192.083 CEL: 3196654126					

 SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E APOYO – GESTION DE CONTRATACION FORMATO CUENTA DE COBRO CONTRATO DE PRESTACION DE SERVICIOS Y DE APOYO A LA GESTION				CÓDIGO: AP-IA-FT-014 VERSIÓN: 6 FECHA: 2024-09-16	
DATOS DEL CONTRATISTA					
FECHA DE DILIGENCIAMIENTO: 28/2/2025					
NOMBRES Y APELLIDOS:	JOSE DAVID SARMIENTO LOPEZ			CC:	80.192.083
CORREO ELECTRÓNICO:	davidsarmiento@msn.com			RUT (NIT):	
DIRECCIÓN DOMICILIO:	CL 73 73A 68			TELÉFONO:	3196654126
				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				()	
<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>					
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:	NU BANK		TIPO DE CUENTA:	AHORROS	Nº CUENTA:
NOMBRE DEL BANCO (APLICA CUANDO EL BANCO NO SE ENCUENTRE EN LA LISTA DESPLEGABLE)					45567209
NÚMERO DEL CONTRATO Y DATOS DE LA ÚLTIMA ADICIÓN (PERIODO OBJETO DE PAGO)					
Nº DEL CONTRATO:	PS 5184 2024	Nº CDP:	46	NºCRP:	7749
					PLAZO DEL CONTRATO INCLUIDAS PRORROGAS: TRES (3) MESES Y DIECINUEVE (19) DIAS
FECHA DE INICIO CONTRATO	24/10/2024	FECHA DE TERMINACIÓN CONTRATO:	9/02/2025		VALOR TOTAL DEL CONTRATO INCLUIDO ADICIONES :
					\$ 14.526.321
PERIODO OBJETO DE COBRO:	01/02/2025 AL 09/02/2025				
VALOR A PAGAR CORRESPONDIENTE AL PERIODO OBJETO DE COBRO EN (LETRAS Y NUMEROS)	\$ 1.199.421				
	UN MILLON CIENTO NOVENTA Y NUEVE MIL CUATROCIENTOS VEINTIUN PESOS M/CTE				
					
NOMBRE:	JOSE DAVID SARMIENTO LOPEZ				
CC	80.192.083				
CEL	3196654126				



SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E
APOYO - GESTION DE CONTRATACION
FORMATO INFORME DE SUPERVISION CONTRATO DE PRESTACION 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 JOSE DAVID SARMIENTO LOPEZ

NÚMERO DOCUMENTO DE IDENTIDAD 80.192.083

I. INFORMACION GENERAL DEL CONTRATO DE PRESTACION DE SERVICIOS

OBJETO DEL CONTRATO: PRESTAR SERVICIOS COMO GEOGRAFO 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 5184 2024 **FECHA INICIO CONTRATO** 24/10/2024
VALOR INICIAL DEL CONTRATO \$ 5.330.760

VALOR TOTAL DEL CONTRATO INCLUIDO ADICIONES: \$ 14.526.321 **VALOR DE HONORARIOS PERIODO A CERTIFICAR:** \$ 1.199.421

Nº PAGO / Nº DE INFORME: 6 **Nº CRP INICIAL:** 44710 **Nº CDP INICIAL DEL CONTRATO** 3662

PLAZO DEL CONTRATO INCLUYENDO PRORROGAS TRES (3) MESES Y DIECINUEVE (19) DIAS

Nº DE PLANILLA DE PAGO DE SEGURIDAD SOCIAL: 9480220485 **OPERADOR:** APORTES EN LINEA

PROCESO EN DONDE SE EJECUTARON LAS ACTIVIDADES: CONVENIO MAS BIENESTAR - DIRECCION DE GESTION INTEGRAL DEL RIESGO EN SALUD

UNIDAD FUNCIONAL DE 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 MODIFICACION:	Nº (3)	TIPO DE MODIFICACION (ADICION - PRORROGA):				ADICION (3)	PRORROGA (3)
VALOR ADICIONADO	\$ 1.199.421	CDP DE LA	4053	RP DE LA	49694	TIEMPO	NUEVE (9) DIAS
VALOR ADICIONADO	\$ 3.998.070	CDP DE LA	4120	RP DE LA	50785	TIEMPO	UN (1) MES
VALOR ADICIONADO	\$ 3.998.070	CDP DE LA	46	RP DE LA		TIEMPO	UN (1) MES

III. POLIZAS (SI APLICA)

¿PACTÓ POLIZAS EN SU CONTRATO? SI NO X

Nº DE PÓLIZA: **NOMBRE DE LA ASEGURADORA:**
FECHA DE LA PÓLIZA **ACTO ADMINISTRATIVO DE APROBACIÓN:**

IV. 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.

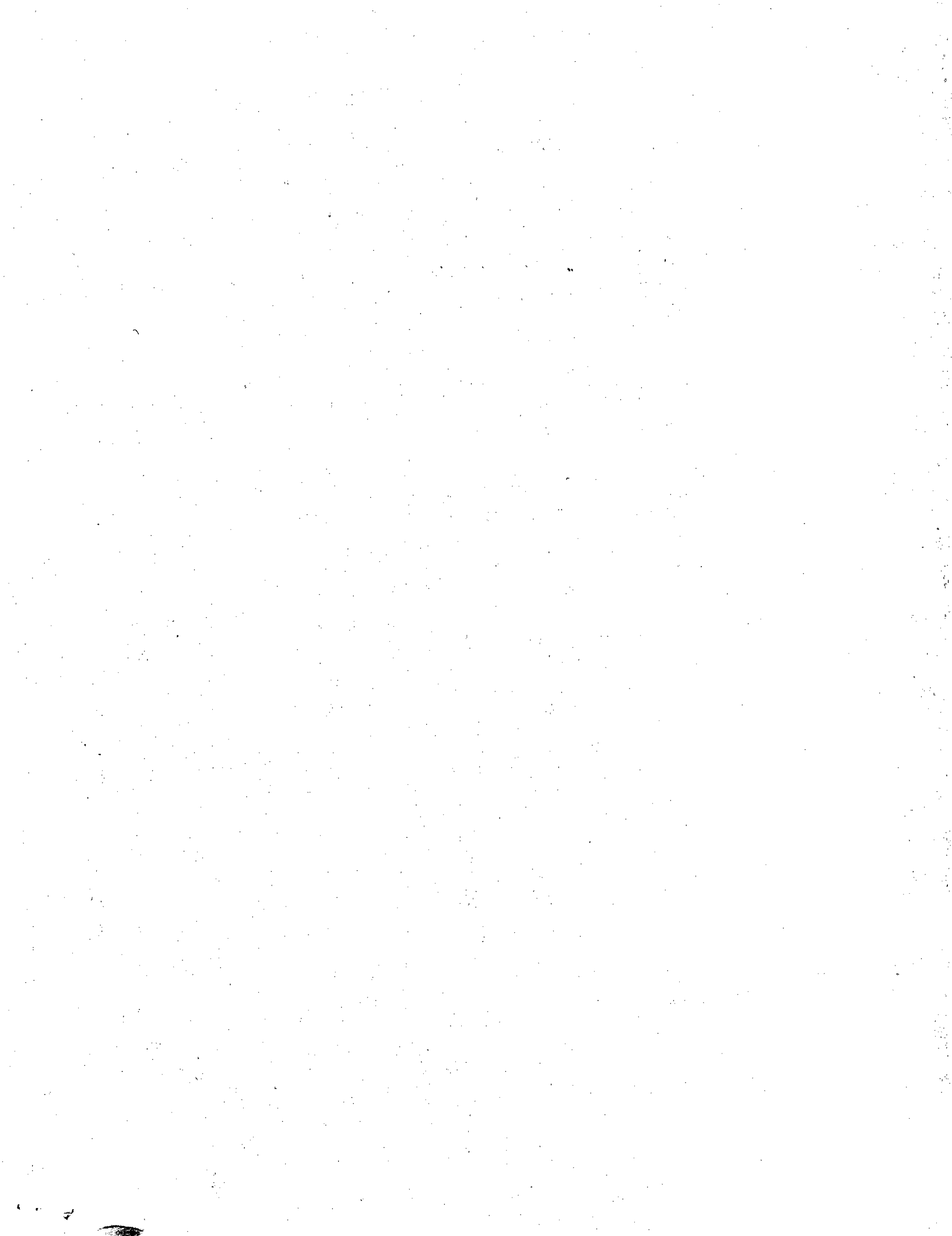
ITEM	CUMPLIMIENTO DE REQUISITOS	SI	NO
1	¿El contrato se encuentra debidamente legalizado?	X	
2	¿El contratista autorizó que los impuestos que debe cancelar para la legalización del mencionado contrato le sean descontados del valor a cancelar como consta en la declaración del informe de ejecución de actividades?	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 01/02/2025 AL 09/02/2025

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:
LILIANA TELLEZ VALBUENA
PROFESIONAL ESPECIALIZADO, LIDER CONVENIO MAS BIENESTAR





David SARMIENTO LÓPEZ <davidsarmiento2301@gmail.com>

Fwd: PSE Transacción Aprobada - CUS 1258408203

1 mensaje

David SARMIENTO LÓPEZ <davidsarmiento_@msn.com>
Para: David Sarmiento López <davidsarmiento2301@gmail.com>

17 de febrero de 2025, 9:55 a.m.

Enviado desde mi iPhone

Inicio del mensaje reenviado:

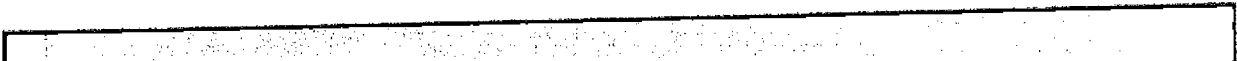
De: serviciopse@achcolombia.com.co
Fecha: 11 de febrero de 2025, 6:11:18 a.m. COT
Para: davidsarmiento_@msn.com
Asunto: PSE Transacción Aprobada - CUS 1258408203



¡Hola, Jose David Sarmiento Lopez!

Gracias por utilizar los servicios de NU y PSE. los siguientes son los datos de tu transacción:

Estado de la Transacción: **Aprobada**
CUS: 1258408203
Empresa: APORTES EN LINEA
Descripción: Pago de la Planilla de aportes con clave: 9480220485
Valor de la Transacción: \$ 495.000
Fecha de Transacción: 11/02/2025



Ten en cuenta estos tips de seguridad