



**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**

**JESSICA VALDES MENDEZ**

<b>NÚMERO DE DOCUMENTO DE IDENTIDAD:</b>		1.070.606.383			
<b>OBJETO DEL CONTRATO:</b>	PRESTAR SERVICIOS COMO PROMOTOR 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				
<b>CONTRATO DE PRESTACION DE SERVICIOS PROFESIONALES No.</b>		PS 4249 2025		<b>FECHA INICIO CONTRATO</b>	17/01/2025
<b>VALOR INICIAL DEL CONTRATO</b>	\$	2.214.238	<b>PLAZO INICIAL DEL CONTRATO</b>	VEITISIETE (27) DIAS	
<b>VALOR TOTAL DEL CONTRATO INCLUIDO ADICIONES:</b>	\$	8.097.478	<b>VALOR DE HONORARIOS PERÍODO A CERTIFICAR:</b>	\$ 1.163.364	
<b>Nº DE INFORME:</b>	1		<b>Nº CRP:</b>	9795	<b>Nº CDP:</b> 55
<b>PLAZO TOTAL DEL CONTRATO INCLUIDO PRORROGAS</b>	DOS (2) MESES VEINTITRES (23) DIAS				
<b>UNIDAD FUNCIONAL EJECUCIÓN DE ACTIVIDADES:</b>	SA2 SEDE ADMINISTRATIVA SAN JOSE OBRERO				
<b>NOMBRE DEL SUPERVISOR:</b>	LORENZA BECERRA CAMARGO - DIRECTOR TECNICO CODIGO 009 GRADO 05				

**II. MODIFICACIONES CONTRACTUALES**

<b>Nº DE MODIFICACIONES DEL CONTRATO:</b>	<b>TIPO DE MODIFICACIÓN</b>	<b>ADICIONES</b>	<b>PRORROGAS</b>
<b>VALOR ADICIONADO</b>	<b>CDP DE LA ADICIÓN:</b>	<b>CRP DE LA ADICIÓN:</b>	<b>TIEMPO PRORROGADO:</b>
<b>VALOR ADICIONADO</b>	<b>CDP DE LA ADICIÓN:</b>	<b>CRP DE LA ADICIÓN:</b>	<b>TIEMPO PRORROGADO:</b>
<b>VALOR ADICIONADO</b>	<b>CDP DE LA ADICIÓN:</b>	<b>CRP DE LA ADICIÓN:</b>	<b>TIEMPO PRORROGADO:</b>

**III. POLIZAS**

<b>¿PACTÓ POLIZAS EN SU CONTRATO?</b>	SI	NO	X
<b>Nº DE PÓLIZA:</b>	<b>NOMBRE DE LA ASEGURADORA:</b>		
<b>FECHA DE LA PÓLIZA</b>	<b>FECHA DE APROBACIÓN:</b>		

**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)*

<b>ITEM</b>	<b>IV. ACTIVIDADES REALIZADAS EN EL PERIODO, DE ACUERDO CON EL OBJETO Y LAS OBLIGACIONES ESTABLECIDAS EN EL CONTRATO</b>
1	ASISTENCIA A REUNION DE EQUIPO SALÓN COMUNAL SAN JOSE SUR
2	IDENTIFICAR FAMILIAS EN CASA POR MEDIO DE MAPAS ENVIADOS POR GEOGRAPOS
3	DARLE RESPUESTA A LOS CASOS ENVIADOS POR RÚTEO SALUD MENTAL SIVIM CRÓNICOS Y GESTANTES
4	DAR RESPUESTA A LAS NECESIDADES IDENTIFICADAS ENVIANDO A PLAN DE CUIDADO FAMILIAR O ACTIVACIÓN DE RUTA AA EAPB CORRESPONDIENTE
5	ACTUALIZAR CRONOGRAMA DIA A DIA DEL MES ACTUAL
6	ENTREGA DE CUENTAS DE COBRO DEL MES PRESENTE
7	SOLICITAR CITAS MEDICA EN TIEMPO REAL PARA FAMILIAS TIPO 4
8	SUBIR INFORMACION AL APLICATIVO CORRESPONDIENTE CON CALIDAD
9	VERIFICACION DE AJUSTES EN APLICATIVO DE MES ANTERIOR
10	REALIZA ACTIVACIÓN DE RUTA A LA EAPB ENVIAR A PLAN DE CUIDADO FAMILIAR O SOLICITAR CITAS EN TIEMPO REAL SI ES NECESARIO

**V. INFORMACIÓN DE APORTES A SEGURIDAD SOCIAL**

<b>No. DE PLANILLA:</b>	<b>OPERADOR:</b>	SIMPLE	
<b>CONCEPTO DEL PAGO</b>	<b>ENTIDAD</b>	<b>FECHA DE PAGO</b>	<b>VALOR PAGADO</b>
<b>SALUD:</b>	COMPENSAR		
<b>PENSIÓN:</b>	PORVENIR		
<b>RIESGOS LABORALES:</b>	SURA		
<b>OTRO</b>			
<b>TOTAL PAGADO</b>			\$ -

**VI. DECLARACIONES DEL CONTRATISTA**

- Que desarrollé las actividades descritas en el informe anexo, dentro del periodo de cobro.
- 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 afiliación a cps, arl, pensión, rut) /
- Que adjunto evidencia del cargue en el aplicativo secop de la cuenta correspondiente al mes objeto de cobro.
- 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

*Jessica Valdes*

**JESSICA VALDES MENDEZ**  
**NOMBRE Y FIRMA DEL CONTRATISTA**  
**CC: 1.070.606.383**  
**CEL: 3107839426**



**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:** 28/2/2025

<b>NOMBRES Y APELLIDOS:</b>	<b>JESSICA VALDES MENDEZ</b>	<b>CC:</b>	<b>1070606383</b>
<b>CORREO ELECTRÓNICO:</b>	<b>jessicavalesmendez976@gmail.com</b>	<b>RUT (NIT):</b>	
<b>DIRECCIÓN DOMICILIO:</b>	<b>CL 70A 57B 49</b>	<b>TELÉFONO:</b>	<b>3107839426</b>
		<b>CIUDAD:</b>	<b>BOGOTÁ</b>

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

<b>NO tomaré costos y deducciones</b>	<b>( X )</b>
<b>SI tomaré costos y deducciones</b>	<b>( )</b>

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.

<b>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</b>	<b>SI ( )</b>	<b>NO ( X )</b>
---	---------------	-----------------

<b>BANCO AL CUAL CONSIGNAR:</b>	<b>BANCOLOMBIA</b>	<b>TIPO DE CUENTA:</b>	<b>AHORROS</b>	<b>N° CUENTA:</b>	<b>65900000733</b>
<b>NOMBRE DEL BANCO (APLICA CUANDO EL BANCO NO SE ENCUENTRE EN LA LISTA DESPLEGABLE)</b>					

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

<b>N° DEL CONTRATO:</b>	<b>PS 4249 2025</b>	<b>N° CDP:</b>	<b>55</b>	<b>N°CRP:</b>	<b>9795</b>	<b>PLAZO DEL CONTRATO INCLUIDAS PRORROGAS:</b> <b>VEITISIETE (27) DIAS</b>
<b>FECHA DE INICIO CONTRATO</b>	<b>17/01/2025</b>	<b>FECHA DE TERMINACIÓN CONTRATO:</b>	<b>9/04/2025</b>		<b>VALOR TOTAL DEL CONTRATO INCLUIDO ADICIONES :</b> <b>\$ 8.097.478</b>	

<b>PERIODO OBJETO DE COBRO:</b>	<b>17/01/2025 AL 31/01/2025</b>					
<b>VALOR A PAGAR CORRESPONDIENTE AL PERIODO OBJETO DE COBRO EN (LETRAS Y NUMEROS)</b>	<b>\$ 1.163.364</b>					
	<b>UN MILLON CIENTO SESENTA Y TRES MIL TRESCIENTOS SESENTA Y CUATRO PESOS M/CTE</b>					

*Jessica Valdes*  
**NOMBRE:** JESSICA VALDES MENDEZ  
**CC:** 1.070.606.383  
**CEL:** 3107839426



**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**

<b>NOMBRE DEL CONTRATISTA</b>	JESSICA VALDES MENDEZ
<b>NÚMERO DOCUMENTO DE IDENTIDAD</b>	1.070.606.383

**I. INFORMACION GENERAL DEL CONTRATO DE PRESTACION DE SERVICIOS**

<b>OBJETO DEL CONTRATO:</b>	PRESTAR SERVICIOS COMO PROMOTOR 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
-----------------------------	---

<b>CONTRATO DE PRESTACION DE SERVICIOS PROFESIONALES No.</b>	PS 4249 2025	<b>FECHA INICIO CONTRATO</b>	17/01/2025
--	--------------	------------------------------	------------

<b>VALOR INICIAL DEL CONTRATO</b>	\$ 2.214.238
-----------------------------------	--------------

<b>VALOR TOTAL DEL CONTRATO INCLUIDO ADICIONES:</b>	\$ 8.097.478	<b>VALOR DE HONORARIOS PERÍODO A CERTIFICAR:</b>	\$ 1.163.364
---	--------------	--	--------------

<b>Nº PAGO / Nº DE INFORME:</b>	1	<b>Nº CRP INICIAL:</b>	9795	<b>Nº CDP INICIAL DEL CONTRATO</b>	55
---------------------------------	---	------------------------	------	------------------------------------	----

<b>PLAZO DEL CONTRATO INCLUYENDO PRORROGAS</b>	DOS (2) MESES VEINTITRES (23) DIAS
--	------------------------------------

<b>Nº DE PLANILLA DE PAGO DE SEGURIDAD SOCIAL:</b>		<b>OPERADOR:</b>	SIMPLE
--	--	------------------	--------

<b>PROCESO EN DONDE SE EJECUTARON LAS ACTIVIDADES:</b>	CONVENIO MAS BIENESTAR - DIRECCIÓN DE GESTIÓN INTEGRAL DEL RIESGO EN SALUD
--	--

<b>UNIDAD FUNCIONAL DE EJECUCIÓN DE ACTIVIDADES:</b>	SA2 SEDE ADMINISTRATIVA SAN JOSE OBRERO
--	---

<b>NOMBRE DEL SUPERVISOR:</b>	LORENZA BECERRA CAMARGO - DIRECTOR TECNICO CODIGO 009 GRADO 05
-------------------------------	--

**II. MODIFICACIONES CONTRACTUALES**

Nº DE MODIFICACIÓN:	TIPO DE MODIFICACIÓN (ADICIÓN – PRÓRROGA):	VALOR ADICIONADO	CDP DE LA	RP DE LA	TIEMPO

**III. POLIZAS (SI APLICA)**

<b>¿PACTÓ POLIZAS EN SU CONTRATO?</b>	SI	NO	X
---------------------------------------	----	----	---


<b>Nº DE PÓLIZA:</b>		<b>NOMBRE DE LA ASEGURADORA:</b>	
<b>FECHA DE LA PÓLIZA</b>		<b>ACTO ADMINISTRATIVO DE APROBACIÓN:</b>	

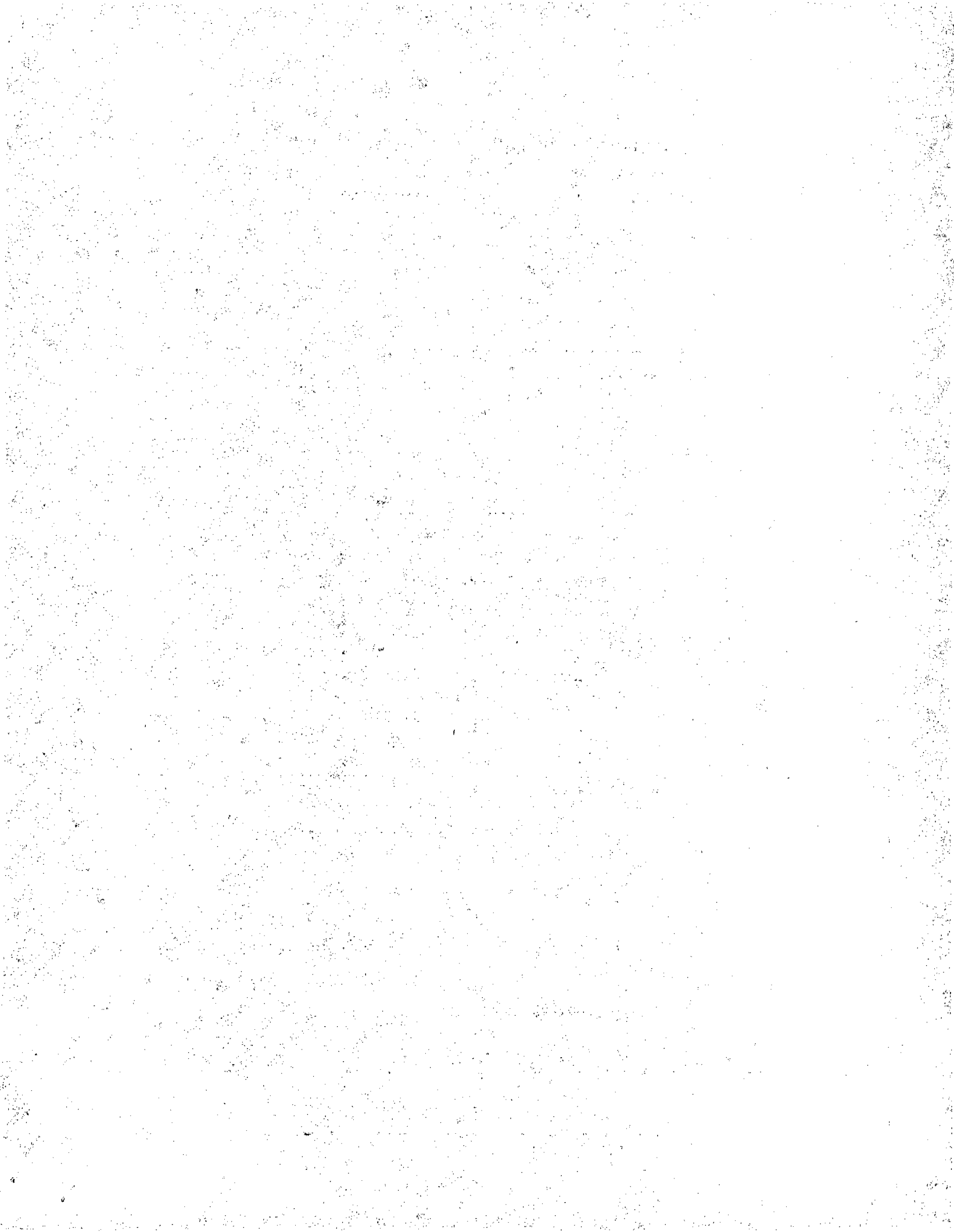
**IV. VERIFICACION DE ACTIVIDADES DESARROLLADAS**

**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 17/01/2025 AL 31/01/2025

<b>FIRMA DE QUIEN CONVALIDA EL CUMPLIMIENTO DE LAS OBLIGACIONES PARA EL PRESENTE PERIODO DE PAGO:</b>	 <b>NOMBRE Y FIRMA DEL SUPERVISOR:</b> LORENZA BECERRA CAMARGO CARGO: DIRECTOR TECNICO CODIGO 009 GRADO 05
	2-T-U <b>NOMBRE Y FIRMA APOYO TECNICO DEL SUPERVISOR:</b> LILIANA TELLEZ VALBUENA PROFESIONAL ESPECIALIZADO, LIDER CONVENIO MAS BIENESTAR



**EL PROGRAMA DE EPS DE LA CAJA DE COMPENSACIÓN FAMILIAR  
COMPENSAR  
NIT 860.066.942-7**

**CERTIFICA QUE**

Que el(la) señor(a) JESSICA VALDES MENDEZ identificado(a) con Cedula Ciudadania 1070606383, se encuentra Activo en el Plan de Beneficios de Salud PBS, de la EPS Compensar como cotizante Independiente contrato de prestación según información contenida a la fecha en nuestra base de datos.

Fecha Afiliación	Fecha Retiro
20240125	No Registrada

El presente certificado se expide a solicitud del (la) interesado(a), a los 17 días del mes de Febrero de 2.025

**Observaciones:**

**Con destino a:**

A QUIÉN CORRESPONDA

Información sujeta a verificación por parte de COMPENSAR EPS, cualquier aclaración con gusto será atendida en la línea (601) 4441234 - Documento no válido como autorización de traslado ni aclaración de multifiliación en el SGSSS..

Cordialmente,  
COMPENSAR EPS.

Elaboró: PORTAL CORPORATIVO  
27889149

CER-AFI

1970

1971

1972

1973

1974

1975

1976

1977

1978

1979

1980

1981



**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:**

**JESSICA VALDES MENDEZ**, identificado(a) con cédula de ciudadanía **1.070.606.383**, se encuentra afiliado(a) al **Fondo de Pensiones Obligatorias Porvenir**.

La presente certificación se expide el 17 de Febrero del 2025.

Cordialmente,

Gerencia de Clientes

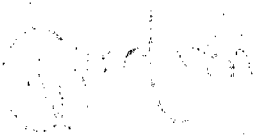


**Tenga en cuenta:**

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.

THE UNITED STATES OF AMERICA  
DEPARTMENT OF THE ARMY  
HEADQUARTERS, ARMY DEPARTMENT  
WASHINGTON, D. C.

OFFICE OF THE SECRETARY



OFFICE OF THE SECRETARY OF THE ARMY

THE SECRETARY OF THE ARMY  
HEADQUARTERS, ARMY DEPARTMENT  
WASHINGTON, D. C.

OFFICE OF THE SECRETARY

OFFICE OF THE SECRETARY OF THE ARMY

OFFICE OF THE SECRETARY

OFFICE OF THE SECRETARY OF THE ARMY

Medellín, 17 de febrero de 2025

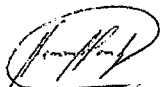
**CERTIFICADO DE AFILIACIÓN – ARL SURA**

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

Que JESSICA VALDES MENDEZ identificado(a) con C1070606383 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.arsura.com.co](http://www.arsura.com.co) / validar certificados e ingrese el siguiente código único de generación válido por un mes:C10706063832504836593

Atentamente,



Dirección de Afiliaciones y Recaudos

SUPERINTENDENCIA FINANCIERA  
DE COLOMBIA

**VIGILADO**

Dirección IP 10.205.28.18

1950-1951

1952-1953

1954

1955-1956

1957-1958

1959-1960

1961-1962

1963-1964

1965-1966

1967-1968

1969-1970



1948

1949

1950

1951

1952

1953

1954

1955

1956

1957