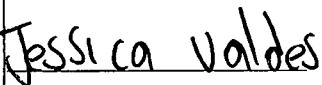

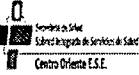
		SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E APOYO - GESTION DE CONTRATACION FORMATO INFORME DE EJECUCION DE ACTIVIDADES DEL CONTRATO DE PRESTACION DE SERVICIOS Y DE APOYO A LA GESTION		CÓDIGO: AP-IA-FT-077 VERSIÓN: 2 FECHA: 2024-09-16	
CELEBRADO ENTRE LA SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E Y					
JESSICA VALDES MENDEZ					
NÚMERO DE DOCUMENTO DE IDENTIDAD:			1.070.606.383		
OBJETO DEL CONTRATO:	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				
CONTRATO DE PRESTACION DE SERVICIOS PROFESIONALES No.	PS 4249 2025		FECHA INICIO CONTRATO	17/01/2025	
VALOR INICIAL DEL CONTRATO	\$	2.214.238	PLAZO INICIAL DEL CONTRATO	DOS (2) MESES VEINTITRES (23) DIAS	
VALOR TOTAL DEL CONTRATO INCLUIDO ADICIONES:	\$	8.097.478	VALOR DE HONORARIOS PERÍODO A CERTIFICAR:	\$ 1.163.277	
Nº DE INFORME:	2		Nº CRP:	10664	Nº CDP: 55
PLAZO TOTAL DEL CONTRATO INCLUIDO PRORROGAS	DOS (2) MESES VEINTITRES (23) 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:		TIPO DE MODIFICACIÓN	ADICIONES		PRORROGAS
VALOR ADICIONADO		CDP DE LA ADICIÓN:		CRP DE LA ADICIÓN:	TIEMPO PRORROGADO:
III. PÓLIZAS					
¿PACTÓ PÓLIZAS EN SU CONTRATO?	SI		NO		X
Nº DE PÓLIZA:			NOMBRE DE LA ASEGURADORA:		
FECHA DE LA PÓLIZA			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 específicas del contrato realizadas durante el mes)				
1	ASISTENCIA A REUNION DE EQUIPO SALÓN COMUNAL SAN JOSE SUR				
2	IDENTIFICAR FAMILIAS EN CASA POR MEDIO DE MAPAS ENVIADOS POR GEOGRAFOS				
3	DARLE RESPUESTA A LOS CASOS ENVIADOS POR RUTEO 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.					
No. DE PLANILLA:	1069845939		OPERADOR:	SIMPLE	
CONCEPTO DEL PAGO		ENTIDAD	FECHA DE PAGO	VALOR PAGADO	
SALUD:		COMPENSAR	14/02/2025	\$ 178.000	
PENSIÓN:		PORVENIR	14/02/2025	\$ 227.800	
RIESGOS LABORALES:		SURA	14/02/2025	\$ 34.700	
OTRO		N/A	0/01/1900	\$ -	
TOTAL PAGADO				\$ 440.500	
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 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) 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					
 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						
NOMBRES Y APELLIDOS:	JESSICA VALDES MENDEZ			CC:	1.070.606.383	
CORREO ELECTRÓNICO:	jessicavalesmendez976@gmail.com			RUT (NIT):		
DIRECCIÓN DOMICILIO:	CL 70A 57B 49			TELÉFONO:	3107839426	
				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:	BANCOLOMBIA			TIPO DE CUENTA:	AHORROS	Nº CUENTA:
NOMBRE DEL BANCO (APLICA CUANDO EL BANCO NO SE ENCUENTRE EN LA LISTA DESPLEGABLE)						65900000733
NÚMERO DEL CONTRATO Y DATOS DE LA ÚLTIMA ADICIÓN (PERIODO OBJETO DE PAGO)						
Nº DEL CONTRATO:	PS 4249 2025	Nº CDP:	55	NºCRP:	10664	PLAZO DEL CONTRATO INCLUIDAS PRORROGAS:
						DOS (2) MESES VEINTITRES (23) DIAS
FECHA DE INICIO CONTRATO	17/01/2025	FECHA DE TERMINACIÓN CONTRATO:		9/04/2025		VALOR TOTAL DEL CONTRATO INCLUIDO ADICIONES :
						\$ 8.097.478
PERIODO OBJETO DE COBRO:	1/02/2025 AL 28/02/2025					
VALOR A PAGAR CORRESPONDIENTE AL PERIODO OBJETO DE COBRO EN	\$ 1.163.277					
	UN MILLÓN CIENTO SESENTA Y TRES MIL DOSCIENTOS SETENTA Y SIETE PESOS M/CTE					
<p><i>Jessica Valdes</i></p> <p>NOMBRE: JESSICA VALDES MENDEZ CC 1.070.606.383 CEL 3107839426</p>						



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: JESSICA VALDES MENDEZ

NÚMERO DOCUMENTO DE IDENTIDAD: 1.070.606.383

I. INFORMACION GENERAL DEL CONTRATO DE PRESTACION DE SERVICIOS

OBJETO DEL CONTRATO: 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

CONTRATO DE PRESTACION DE SERVICIOS PROFESIONALES No. PS 4249 2025 FECHA INICIO CONTRATO 17/01/2025

VALOR INICIAL DEL CONTRATO \$ 2.214.238

VALOR TOTAL DEL CONTRATO INCLUIDO \$ 8.097.478 VALOR DE HONORARIOS PERÍODO A CERTIFICAR: \$ 1.163.277

Nº PAGO / Nº DE INFORME: 2 Nº CRP INICIAL: 10664 Nº CDP INICIAL DEL CONTRATO: 55

PLAZO DEL CONTRATO INCLUYENDO PRORROGAS DOS (2) MESES VEINTITRES (23) DIAS

Nº DE PLANILLA DE PAGO DE SEGURIDAD SOCIAL: 1069845939 OPERADOR: SIMPLE

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

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

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 scopp 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 1/02/2025 AL 28/02/2025

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





Banco de Occidente



RECIBO DE PAGO

Fecha de pago: 13/02/2025 Hora: 17:05:39

Id Comercio: 20245

No. Terminal: 10754

Id Trx: 57955680

Id Aut: 810138

Comercio: PDP - KIOSCO-OLIMPICA MODELO

Dirección: CLL 69 NO 44 20

RECAUDO DE FACTURAS

TRANSACCIÓN EXITOSA

Convenio: PLANILLA ASISTIDA SIMPLE

Código convenio: 1136

Referencia de pago: 8810778159

Valor: \$440.500.0

*****ORIGINAL*****

Responsable bancario para Banco de Occidente. La

presentación de este recibo implica su aceptación.

Este documento es válido para el pago de facturas.