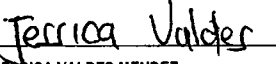
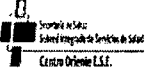
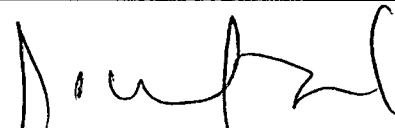
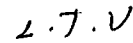


	SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E APOYO – GESTIÓN DE CONTRATACIÓN FORMATO INFORME DE EJECUCIÓN DE ACTIVIDADES DEL CONTRATO DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS Y DE APOYO A LA GESTIÓN	CÓDIGO: AP-JA-FT-077 VERSIÓN: 2 FECHA: 2024-09-16
CELEBRADO ENTRE LA SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE 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 VEITISIETE (27) DIAS
VALOR TOTAL DEL CONTRATO INCLUIDO ADICIONES:	\$ 8.097.478	VALOR DE HONORARIOS PERÍODO A CERTIFICAR: \$ 1.163.277
Nº DE INFORME:	I	Nº CRP: 9795 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
VALOR ADICIONADO	CDP DE LA ADICIÓN:	CRP DE LA ADICIÓN: TIEMPO PRORROGADO:
VALOR ADICIONADO	CDP DE LA ADICIÓN:	CRP DE LA ADICIÓN: TIEMPO PRORROGADO:
VALOR ADICIONADO	CDP DE LA ADICIÓN:	CRP DE LA ADICIÓN: TIEMPO PRORROGADO:
III. POLIZAS		
¿PACTÓ POLIZAS 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 INFORMACIÓN AL APLICATIVO CORRESPONDIENTE CON CALIDAD	
9	VERIFICACIÓN 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:	OPERADOR:	SIMPLE
CONCEPTO DEL PAGO	ENTIDAD	FECHA DE PAGO VALOR PAGADO
SALUD:	COMPENSAR	
PENSIÓN:	PORVENIR	
RIESGOS LABORALES:	SURA	
OTRO		
TOTAL PAGADO		\$ -
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 ningún caso el IBC sea menor a 1 SMMLV (de ser el primer pago adjunto certificaciones de afiliación a cps, 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		
 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:	1070606383	
CORREO ELECTRÓNICO:	jessicavaldesmendez976@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			()		
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:	BANCOLOMBIA		TIPO DE CUENTA:	AHORROS	N° 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)					
N° DEL CONTRATO:	PS 4249 2025	N° CDP:	55	N°CRP:	9795
				PLAZO DEL CONTRATO INCLUIDAS PRORROGAS:	
				VEITISIETE (27) 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:	17/01/2025 AL 31/01/2025				
VALOR A PAGAR CORRESPONDIENTE AL PERIODO OBJETO DE COBRO EN (LETRAS Y NUMEROS)	\$ 1.163.277				
	UN MILLON CIENTO SESENTA Y TRES MIL DOSCIENTOS SETENTA Y SIETE PESOS M/CTE				
 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 CONTRATACIÓN FORMATO INFORME DE SUPERVISION CONTRATO DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS Y APOYO A LA GESTION		CÓDIGO: AP-1A-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 ADICIONES:		\$ 8.097.478		VALOR DE HONORARIOS PERÍODO A CERTIFICAR: \$ 1.163.277	
Nº PAGO / Nº DE INFORME:		1		Nº CRP INICIAL: 9795 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:				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	
VALOR ADICIONADO		CDP DE LA		RP DE LA TIEMPO	
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 secop de la cuenta correspondiente al mes objeto de cobro?		X	
Teniendo en cuenta lo anterior y conforme a la cláusula "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					
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			



PAGOSIMPLE I

AUTOLIQUIDACION
CONSOLIDADA

Fecha creación reporte: 2025-02-14, 10:28:46 A. M.

Tipo Planilla:

I: PLANILLA INDEPENDIENTES

Número Planilla: 1069845939

Periodo Cotización:

enero de 2025

Periodo Servicio:

enero de 2025

Referencia pago

8810778159

PAGADA 14/02/2025 EN HORARIO EXTENDIDO

I. DATOS DEL APORTANTE

Razón Social	JESSICA VALDES MENDEZ				
Documento	CC1070606383			Dirección	CL 70A #57 B - 49
Tipo de Empresa	INDEPENDIENTE			Teléfono	3107839426
Tipo Persona	NATURAL			Forma Presentación	ÚNICO
Ciudad	BOGOTA D.C.			Departamento	BOGOTA D.C.
Representante Legal				Identificación	
Total Afiliados	1			ARP	ARL SURA

II. DETALLE DEL APORTANTE

Datos Afiliado				Novedades																	Pensiones			Salud			Riesgos			Cajas			Parafiscales				Total			
Identificación	Apellidos y Nombres	Tipo Cotización	Subtipo Cotización	ING	RET	RET P	IDE	TAE	TDP	TAP	VSP	COR	VST	IDE	IVA	VIG	AVP	VCT	IRP	Que AFP	Que EPS	Que ADP	Que CCF	Administradora	IBC Pensión	Aporte Pensión	Administradora	IBC Salud	Aporte Salud	Tarifa	IBC Riesgos	Aporte Riesgos	Administradora	IBC Caja	Aporte Caja	Aporte Sana	Aporte ICBF	ESAP	Aporte Ministerio	Total
CC 1070606383	ESSICA VALDES MENDEZ	59	0																0	3030300	0			(230361) PORVENIR	\$1,423,500	\$227,800	(EPS008) COMPENSAR EPS	\$1,423,500	\$178,000	2,436	\$1,423,500	\$34,700	(NN-CC) NINGUNA CCF	\$0	\$0	\$0	\$0	\$0	\$0	\$440,500

III. TOTALES

IBC Pensión	IBC Salud	IBC Riesgos	IBC Cajas	Aportes Pensión	Aportes Salud	Aportes Riesgos	Aportes Cajas	Aportes Sena	Aportes ICBF	Aportes ESAP	Aportes Min Educación	(Incapacidades, Aportes salidos a Favor)	Incapacidades ARP	SUBTOTAL SIN INTERESES DE MORA	TOTAL INTERESES DE MORA	TOTAL FINAL
\$1,423,500	\$1,423,500	\$1,423,500	\$0	\$227,800	\$178,000	\$34,700	\$0	\$0	\$0	\$0	\$0	\$0	\$0	\$440,500	\$0	\$440,500



Banco

RECIBO DE PAGO

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

Id Comercio: 20246

No. Terminal: 10764

Id Trx: 57855680

Id Aut: 810138

Comercio: PDP - KIOSCO-OLIMPICA MODELO

Dirección: CLL 89 NO 44 20

RECAUDO DE FACTURAS

TRANSACCIÓN EXITOSA

Convenio: PLANILLA ASISTIDA SIMPLE

Código convenio: 1136

Referencia de pago: 8810778159

Valor: \$440.500.0

*****ORIGINAL*****

Corresponsal bancario para Banco de Occidente. La
impresión de este ticket implica su aceptación
verifique la información. Este es el único recibo oficial de
pago. Requerimiento 018000 514872