



**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>                | DOS (2) MESES VEINTITRES (23) DIAS |
| <b>VALOR TOTAL DEL CONTRATO INCLUIDO ADICIONES:</b>          | \$ 8.097.478  | <b>VALOR DE HONORARIOS PERÍODO A CERTIFICAR:</b> | \$ 1.310.358                       |
| <b>Nº DE INFORME:</b>  | 2   | <b>Nº CRP:</b>                                   | 9795                               |
| <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 00  |  |                                    |

**II. MODIFICACIONES CONTRACTUALES**

|   |              |                             |           |                           |                  |  |
|---|--------------|-----------------------------|-----------|---------------------------|------------------|--|
| <b>Nº DE MODIFICACIONES DEL CONTRATO:</b> | 1            | <b>TIPO DE MODIFICACIÓN</b> | ADICIONES | 1                         | <b>PRORROGAS</b> | 1  |
| <b>VALOR ADICIONADO</b>                   | \$ 5.883.240 | <b>CDP DE LA ADICIÓN:</b>   | 358       | <b>CRP DE LA ADICIÓN:</b> |                  | <b>Tiempo Prorrogado:</b> DOS (2) MESES VEINTITRES (23) DIAS |
| <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 actividades específicas realizadas durante el mes)*

|             |  |
|-------------|--|
| <b>ÍTEM</b> | 1 ASISTENCIA A REUNION DE EQUIPO, CONVOCADA POR LIDERES OPERATIVOS   |
| 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**

|                           |                |                      |                     |
|---------------------------|----------------|----------------------|---------------------|
| <b>No. DE PLANILLA:</b>   | 1070428918     | <b>OPERADOR:</b>     | SIMPLE              |
| <b>CONCEPTO DEL PAGO</b>  | <b>ENTIDAD</b> | <b>FECHA DE PAGO</b> | <b>VALOR PAGADO</b> |
| <b>SALUD:</b>             | SALUD TOTAL    | 11/03/2025           | \$ 178.000          |
| <b>PENSIÓN:</b>           | PORVENIR       | 11/03/2025           | \$ 227.800          |
| <b>RIESGOS LABORALES:</b> | SURA           | 11/03/2025           | \$ 34.700           |
| <b>OTRO</b>               |                |                      |                     |
| <b>TOTAL PAGADO</b>       |                |                      | <b>\$ 440.500</b>   |

**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 calculó sobre el 40% de los ingresos cuotizados del mes anterior pago del cual anexo copia simple, sin que en ningún caso el IBC sea menor a 1 SMLLV (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.

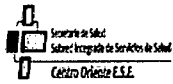
**VII. ANEXOS**

*(Cuando se requiera como una de las obligaciones del contrato)*

Anexar evidencias fotográficas y/o documentales que soporten las actividades realizadas en el periodo correspondiente

*Jessica Valdes Mendez*

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



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: 31/03/2025

|                      |                           |            |               |
|----------------------|---------------------------|------------|---------------|
| NOMBRES Y APELLIDOS: | JESSICA VALDES MENDEZ     | CC:        | 1.070.606.383 |
|                      |                           | RUT (NIT): | 1.070.606.383 |
| CORREO ELECTRÓNICO:  | celcste20182202@gmail.com | TELÉFONO:  | 3107839426    |
| DIRECCIÓN DOMICILIO: | CL 70A 57B 49             | 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:  | BANCOLOMBIA | TIPO DE CUENTA: | AHORRÓS | Nº CUENTA: | 65900000733 |
| 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)

|                  |              |         |    |          |      |   |
|------------------|--------------|---------|----|----------|------|---|
| Nº DEL CONTRATO: | PS 4249 2025 | Nº CDP: | 55 | Nº. CRP: | 9795 | PLAZO DEL CONTRATO INCLUIDAS PRORROGAS: 0 |
|------------------|--------------|---------|----|----------|------|---|

|                          |            |                                |            |  |              |
|--------------------------|------------|--------------------------------|------------|--|--------------|
| FECHA DE INICIO CONTRATO | 17/01/2025 | FECHA DE TERMINACIÓN CONTRATO: | 09/04/2025 | TOTAL DEL CONTRATO INCLUIDO ADICIONES: | \$ 8.097.478 |
|--------------------------|------------|--------------------------------|------------|--|--------------|

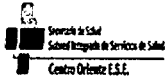
PERIODO OBJETO DE COBRO: DEL 01/03/2025 AL 16/03/2025

|  |   |
|--|---|
| VALOR A PAGAR CORRESPONDIENTE AL PERIODO OBJETO DE COBRO EN (LETRAS Y NÚMEROS) | \$ 1.310.358  |
|  | UN MILLÓN TRESCIENTOS DIEZ MIL TRESCIENTOS CINCUENTA Y OCHO PESOS |

Jessica Valdes Mendez

NOMBRE Y FIRMA DEL CONTRATISTA: 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**

**NOMBRE DEL CONTRATISTA** JESSICA VALDES MENDEZ

**NÚMERO DOCUMENTO DE IDENTIDAD** 1.070.606.383

**I. INFORMACION GENERAL DEL CONTRATO DE PRESTACIÓN 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

|  |              |                              |            |
|--|--------------|------------------------------|------------|
| <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> | \$ 1.310.358 |
|---|--------------|--|--------------|

|                                 |        |                        |      |                                    |    |
|---------------------------------|--------|------------------------|------|------------------------------------|----|
| <b>Nº PAGO / Nº DE INFORME:</b> | 2 de 2 | <b>Nº CRP INICIAL:</b> | 9795 | <b>Nº CDP INICIAL DEL CONTRATO</b> | 55 |
|---------------------------------|--------|------------------------|------|------------------------------------|----|

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

|  |            |                  |        |
|--|------------|------------------|--------|
| <b>Nº DE PLANILLA DE PAGO DE SEGURIDAD SOCIAL:</b> | 1070428918 | <b>OPERADOR:</b> | SIMPLE |
|--|------------|------------------|--------|

**PROCESO EN DONDE SE EJECUTARON LAS ACTIVIDADES:** CONVENIO MAS BIENESTAR - DIRECCION DE GESTION 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    | \$ 5.883.240                               | CDP DE LA ADICIÓN: | 358 | CRP DE LA ADICIÓN: |  | TIEMPO PRORROGADO: DOS (2) MESES VEINTITRES (23) DIAS |
| VALOR ADICIONADO    |  | CDP DE LA ADICIÓN: |     | RP DE LA ADICIÓN:  |  | TIEMPO PRORROGADO:                                    |

**III. POLIZAS (SI APLICA)**

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

**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 01/03/2025 al 16/03/2025

**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:**  
 LILLIANA TELLEZ VALBUENA  
 PROFESIONAL ESPECIALIZADO, LIDER CONVENIO MAS BIENESTAR

UNITED STATES DEPARTMENT OF THE INTERIOR  
BUREAU OF LAND MANAGEMENT  
WASHINGTON, D. C. 20250

STATE OF CALIFORNIA  
COUNTY OF SAN DIEGO  
TOWNSHIP OF CARLSBAD  
SECTION 17, T4S, R12E, S12E

ACRES 10.00  
MAY 1988

PLANTING PERMITS

PROVIDED BY

THE CALIFORNIA FORESTRY ASSOCIATION  
1000 CALIFORNIA STREET  
SAN FRANCISCO, CALIFORNIA 94109

FOR THE PURPOSES OF  
REPLANTING AND  
MAINTAINING THE  
LANDS

OF THE BUREAU OF LAND MANAGEMENT  
IN THE COUNTY OF SAN DIEGO

STATE OF CALIFORNIA  
COUNTY OF SAN DIEGO

SECTION 17, T4S, R12E, S12E

ACRES 10.00  
MAY 1988

PLANTING PERMITS

PROVIDED BY

THE CALIFORNIA FORESTRY ASSOCIATION  
1000 CALIFORNIA STREET  
SAN FRANCISCO, CALIFORNIA 94109

FOR THE PURPOSES OF  
REPLANTING AND  
MAINTAINING THE  
LANDS

OF THE BUREAU OF LAND MANAGEMENT  
IN THE COUNTY OF SAN DIEGO

STATE OF CALIFORNIA  
COUNTY OF SAN DIEGO

SECTION 17, T4S, R12E, S12E

ACRES 10.00  
MAY 1988

PLANTING PERMITS

PROVIDED BY

THE CALIFORNIA FORESTRY ASSOCIATION  
1000 CALIFORNIA STREET  
SAN FRANCISCO, CALIFORNIA 94109

# Simple

## PAGOSIMPLE |

AUTOLIQUIDACION  
CONSOLIDADA

Fecha creación reporte: 2025-03-12, 04:13:38 AM

Tipo Planilla:

I: PLANILLA INDEPENDIENTES

Número Planilla: 1070428918

Periodo Cotización: febrero de 2025

Periodo Servicio: febrero de 2025

Referencia pago (PIN): 8810778159

### PAGADO 11/03/2025 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 del Afiliado |                       |                |                   | Novidades |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     | Pensiones |     |     | Salud |     |     | Riesgos |     |     | Cajas |     |                   | Parafiscales |                |                        |              | Total        |        |              |                |                      |           |              |             |             |      |                   |            |
|--------------------|-----------------------|----------------|-------------------|-----------|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----------|-----|-----|-------|-----|-----|---------|-----|-----|-------|-----|-------------------|--------------|----------------|------------------------|--------------|--------------|--------|--------------|----------------|----------------------|-----------|--------------|-------------|-------------|------|-------------------|------------|
| Identificación     | Apellidos y Nombres   | Tipo Cotizante | Subtipo Cotizante | IAS       | IBS | IBD | IBE | IBF | IBG | IBH | IBI | IBJ | IBK | IBL | IBM | IBN | IBO | IBP       | IBQ | IBR | IBS   | IBT | IBU | IBV     | IBW | IBX | IBY   | IBZ | Administradora    | IBC Pensión  | Aporta Pensión | Administradora         | IBC Salud    | Aporta Salud | Tarifa | IBC Riesgos  | Aporta Riesgos | Administradora       | IBC Cajas | Aporta Cajas | Aporta SENA | Aporta ICBF | ESAP | Aporta Ministerio | Total      |
| CC 1070606383      | JESSICA VALDES MENDEZ | 59             | 00                |           |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |           |     |     |       |     |     |         |     |     |       |     | (230301) PORVENIR | \$ 1.423.500 | \$ 227.800     | (EPS008) COMPENSAR EPS | \$ 1.423.500 | \$ 178.000   | 2,438  | \$ 1.423.500 | \$ 34.700      | (NIN-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, Licencias, Saldos a Favor) EPS | 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  |

