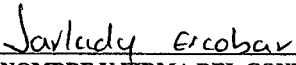
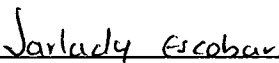
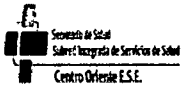
	SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E APOYO – GESTION DE CONTRATACIÓN FORMATO INFORME DE EJECUCIÓN DE ACTIVIDADES DEL CONTRATO DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS Y DE APOYO A LA GESTIÓN	CÓDIGO: AP-IA-FT-077 VERSIÓN: 2 FECHA: 2024-09-16
CELEBRADO ENTRE LA SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E Y		
JARLEIDY ESCOBAR MENDEZ		
NÚMERO DE DOCUMENTO DE IDENTIDAD:		1.192.899.818
OBJETO DEL CONTRATO:	PRESTAR SERVICIOS COMO PROMOTOR 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 4701 2025
FECHA INICIO CONTRATO		10/02/2025
VALOR INICIAL DEL CONTRATO	\$ 4.920.528	PLAZO INICIAL DEL CONTRATO
UN (1) MES Y VEINTINUEVE (29) DIAS		
VALOR TOTAL DEL CONTRATO INCLUIDO ADICIONES:	\$ 14.320.905	VALOR DE HONORARIOS PERÍODO A CERTIFICAR:
		\$ 2.539.936
N° DE INFORME:	4	N° CRP:
		10737
N° CDP:		504
PLAZO TOTAL DEL CONTRATO INCLUIDO PRORROGAS:		CINCO (5) MESES Y VEINTE (20) 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		
N° DE MODIFICACIONES DEL CONTRATO:	1	TIPO DE MODIFICACIÓN
ADICIONES		1
PRORROGAS	1	
VALOR ADICIONADO	\$ 9.400.377	CDP DE LA ADICIÓN:
1185		CRP DE LA ADICIÓN:
		TIEMPO PRORROGADO:
		TRES (3) MESES Y VEINTIUN (21) DIAS
VALOR ADICIONADO		CDP DE LA ADICIÓN:
		CRP DE LA ADICIÓN:
		TIEMPO PRORROGADO:
III. POLIZAS		
¿PACTÓ POLIZAS EN SU CONTRATO?	SI	NO
		X
N° 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 actividades específicas realizadas durante el mes)		
ÍTE M		
1	ASISTENCIA A REUNION DE EQUIPO, CONVOCADÁ POR LIDERES OPERATIVOS	
2	EN LA SEMANA DEL 02 AL 08 DE SE REALIZA CARCATERIZACION Y ACTUALIZACION E IDENTIFICACION DEL RIESGO EN SALUD EN LAS FAMILIAS EL 03 DE ASISTO JORNADA DE CONTINGENCIA DE PAGADIARIOS POR SDS	
3	SE ESTABLECE UNA META DE CARACTERIZACIONES TENIENDO EN CUENTA QUE SE DEBE BRINDAR EDUCACIÓN EN SIGNOS DE ALARMA EN MENOR DE 6 AÑOS Y GESTANTES. EDUCACIÓN EN HÁBITOS DE VIDA SALUDABLE Y USO DE ELEMENTOS DE PROTECCIÓN PERSONA	
4	AL MOMENTO DE IDENTIFICAR RIESGOS EN SALUD ACTIVO Y NOTIFICO DEACUERDO AL EVENTO EN INTERES, COMO SIVIM, SISVECOS, SISVAN Y VESPA.	
5	SE INGRESAN TODOS LO DATOS OBTENIDOS DURANTE LAS ACCIONES EN CAMPO CON CALIDAD Y OPORTUNIDAD EN EL APLICATIVO EN LÍNEA CON LA CALIDAD Y OPORTUNIDAD REQUERIDAS	
6	SE HACE ENTREGA DEL CRONOGRAMA Y EL INFORME DE ACTIVIDADES DEL MES DE HASTA EL 09 AL APOYO DEL EQUIPO.	
7	GUÍA OPERATIVA DE EQUIPOS BÁSICOS EXTRAMURALES Y TODOS SUS ANEXOS Y SE REALIZA ACTA MANUAL LA CUAL SE ESCANEA Y SE ENTREGA AL LÍDER DE EQUIPO.	
8	SE REALIZA EL ALISTAMIENTO Y ENTREGA DE CADA UNO DE LOS FORMATOS (PLANILLAS) DEL MES DE EN LA LOCALIDAD DE RAFAEL URIBE URIBE BARRIO LAS LOMAS	
9	SE HACE ENTREGA DE LA CUENTA DE COBRO DEL MES DE SEGÚN EL CRONOGRAMA DE ENTREGA DE LOS TECNICOS ADMINISTRATIVOS Y SE PARTICIPA EN LA REUNIONES DE EQUIPO PROGRAMADAS POR LOS LIDERES.	
10	SE REALIZA EL ALISTAMIENTO Y ENTREGA DE LOS FORMATOS Y PLANILLAS DEL 02 al 08 DE EN LA LOCALIDAD 18 RAFAEL URIBE URIBE UPZ 54 MARRUECOS BARRIO PUERTO RICO	
V. INFORMACIÓN DE APORTES A SEGURIDAD SOCIAL		
No. DE PLANILLA:	1071070185	OPERADOR:
		SIMPLE
CONCEPTO DEL PAGO	ENTIDAD	FECHA DE PAGO
VALOR PAGADO		
SALUD:	SALUD TOTAL	10/04/2025
		\$ 178.000
PENSIÓN:	PORVENIR	10/04/2025
		\$ 227.800
RIESGOS LABORALES:	BOLIVAR	10/04/2025
		\$ 34.700
OTRO	MORA	10/04/2025
		\$ 1.800
TOTAL PAGADO		\$ 442.300
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 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, RUT)		
3.- Que adjunto evidencia del cargo 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		
		
NOMBRE Y FIRMA DEL CONTRATISTA: JARLEIDY ESCOBAR MENDEZ		
C.C: 1.192.899.818		
CEL 3224747942		

		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: 30/04/2025					
NOMBRES Y APELLIDOS:	JARLEIDY ESCOBAR MENDEZ			CC:	1.192.899.818
				RUT (NIT):	1.192.899.818
CORREO ELECTRÓNICO:	escobarjarleidy@gmail.com			TELÉFONO:	3224747942
DIRECCIÓN DOMICILIO:	KR 1 ESTE 50 35 SUR			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:	BANCO DAVIVIENDA				
NOMBRE DEL BANCO (APLICA CUANDO EL BANCO NO SE ENCUENTRE EN LA LISTA DESPLIEGABLE)		TIPO DE CUENTA:	AHORROS	N° CUENTA:	0550488436465105
NÚMERO DEL CONTRATO Y DATOS DE LA ÚLTIMA ADICIÓN (PERIODO OBJETO DE PAGO)					
N° DEL CONTRATO:	PS 4701 2025	N° CDP:	1185 ✓	N° CRP:	
FECHA DE INICIO CONTRATO	10/02/2025	FECHA DE TERMINACIÓN CONTRATO:	31/07/2025 ✓		PLAZO DEL CONTRATO INCLUIDAS PRORROGAS: CINCO (5) MESES Y VEINTE (20) DIAS
PERIODO OBJETO DE COBRO:			DEL 01/04/2025 ✓ AL 30/04/2025 ✓		TOTAL DEL CONTRATO INCLUIDO ADICIONES: \$ 14.320.905
VALOR A PAGAR CORRESPONDIENTE AL PERIODO OBJETO DE COBRO EN (LETRAS Y NUMEROS)	\$ 2.539.936				
	DOS MILLONES QUINIENTOS TREINTA Y NUEVE MIL NOVECIENTOS TREINTA Y SEIS PESOS				
					
NOMBRE Y FIRMA DEL CONTRATISTA: JARLEIDY ESCOBAR MENDEZ					
CC:	1.192.899.818				
CEL:	3224747942				



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-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

JARLEIDY ESCOBAR MENDEZ

NÚMERO DOCUMENTO DE IDENTIDAD

1.192.899.818

I. INFORMACION GENERAL DEL CONTRATO DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS

OBJETO DEL CONTRATO:

PRESTAR SERVICIOS COMO PROMOTOR 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 4701 2025

FECHA INICIO CONTRATO

10/02/2025

VALOR INICIAL DEL CONTRATO

\$ 4.920.528

VALOR TOTAL DEL
CONTRATO INCLUIDO
ADICIONES:

\$ 14.320.905

VALOR DE HONORARIOS
PERÍODO A CERTIFICAR:

\$ 2.539.936

Nº PAGO / Nº DE INFORME:

4 de 4

Nº CRP
INICIAL:

10737

Nº CDP INICIAL
DEL CONTRATO

504

PLAZO DEL CONTRATO
INCLUYENDO PRORROGAS

CINCO (5) MESES Y VEINTE (20) DIAS

Nº DE PLANILLA DE PAGO DE SEGURIDAD SOCIAL:

1071070185

OPERADOR:

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:

1

TIPO DE MODIFICACIÓN (ADICIÓN – PRÓRROGA):

1

1

VALOR ADICIONADO

\$ 9.400.377

CDP DE LA
ADICIÓN:

1185 /

RP DE LA
ADICIÓN:

TIEMPO
PRORROGADO:

TRES (3) MESES Y
VEINTIUN (21) DIAS

VALOR ADICIONADO

CDP DE LA
ADICIÓN:

RP DE LA
ADICIÓN:

TIEMPO
PRORROGADO:

III. POLIZAS (SI APLICA)

Nº DE PÓLIZA:

NOMBRE DE LA ASEGURADORA:

FECHA DE LA PÓLIZA

ACTO ADMINISTRATIVO DE

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 01/04/2025 al 30/04/2025

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 TÉCNICO DEL SUPERVISOR:

LILIANA TELLEZ VALBUENA

PROFESIONAL ESPECIALIZADO, LIDER CONVENIO MAS BIENESTAR

Simple

PAGOSIMPLE |

AUTOLIQUIDACION
CONSOLIDADA

Fecha creación reporte: 2025-04-10, 02:55:45 PM

Tipo Planilla:

I: PLANILLA INDEPENDIENTES

Número Planilla: 1071070185

Periodo Cotización: marzo de 2025

Periodo Servicio: marzo de 2025

Referencia pago (PIN): 8822610733

PAGADO 10/04/2025

I. DATOS DEL APORTANTE

Razón Social	JARLEIDY ESCOBAR MENDEZ	Dirección	CR 1 ESTE #51 - 35
Documento	CC1192899818	Teléfono	3224747942
Tipo de Empresa	INDEPENDIENTE	Forma Presentación	ÚNICO
Tipo Persona	NATURAL	Departamento	BOGOTA D.C.
Ciudad	BOGOTA D.C.	Identificación	
Representante Legal		ARP	SEGUROS BOLIVAR
Total Afiliados	1		

II. DETALLE DEL APORTANTE

Datos del Afiliado				Novedades														Pensiones			Salud			Riesgos			Cajas			Parafiscales				Total
Identificación	Apellidos y Nombres	Tipo Cotizante	Subtipo Cotizante	RD	RE	RE P	TAE	TAE	TAE	TAE	TAE	TAE	TAE	TAE	TAE	TAE	TAE	Administradora	IBC Pensión	Aporte Pensión	Administradora	IBC Salud	Aporte Salud	Tarifa	IBC Riesgos	Aporte Riesgos	Administradora	IBC Caja	Aporte Caja	Aporte SENA	Aporte ICBF	EBAP	Aporte Ministerio	Total
CC 1192899818	JARLEIDY ESCOBAR MENDEZ	59	00															(230301) PORVENIR	\$ 1.423.500	\$ 227.800	(EPS002) SALUD TOTAL 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 EBAP	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	\$ 1.800	\$ 442.300

Pago PSE

Resultado de su transacción

Código único CUS

1402370021

Destino de pago

SISTEMA INTEGRADO MULTIPLE DE PAGOS ELECTRONICOS S

Motivo

Pago PSE. Ref:8822610733-202503-491696. idTrans:491696

Fecha

10/04/2025

Número de aprobación

00370021

Dirección IP

191.156.235.74

Valor transacción

\$ 442.300,00

Costo de la transacción

\$ 0,00 IVA incluido

Referencia 1

02

Referencia 2

900097333

Referencia 3

6311

SECRET

SECRET

SECRET

SECRET

SECRET

SECRET

SECRET

SECRET

SECRET

SECRET

SECRET

SECRET