	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 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					
JEISON DUAN FONSECA MARTÍNEZ					
NÚMERO DE DOCUMENTO DE IDENTIDAD:			1.012.426.949		
OBJETO DEL CONTRATO:	PRESTAR SERVICIOS COMO AUXILIAR DE ENFERMERIA PARA DESARROLLAR ACTIVIDADES EN LA DIRECCION DE SERVICIOS HOSPITALARIOS DE LA SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE ESE				
CONTRATO PRESTACION DE SERVICIOS PROFESIONALES No.	PS 5324 2025	**FECHA INICIO CONTRATO**	6/5/2025		
VALOR INICIAL DEL CONTRATO	**$** 4.987.782	**PLAZO INICIAL DEL CONTRATO**	UN (1) MES Y VEINTICINCO (25) DIAS		
VALOR TOTAL DEL CONTRATO INCLUIDO ADICIONES:	**$** 4.987.782	**VALOR DE HONORARIOS PERIODO A CERTIFICAR:**	**$** 2.672.026		
Nº DE PERIODO:	1	**Nº CRP:**		**Nº CDP:**	1221
PLAZO DEL CONTRATO INCLUIDO PRORROGAS	UN (1) MES Y VEINTICINCO (25) DIAS				
UNIDAD FUNCIONAL EJECUCIÓN DE ACTIVIDADES:	ISC HOSPITAL SANTA CLARA				
NOMBRE DEL SUPERVISOR:	YANITH PIRAGAUTA GUTIERREZ				

II. MODIFICACIONES CONTRACTUALES

Nº DE MODIFICACIONES DEL CONTRATO:	N/A	**TIPO DE MODIFICACIÓN**	**ADICIÓNES**	**(NUMERO)**	**PRORROGAS**	**(NUMERO)**	
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

CUENTA POLIZAS EN SU CONTRATO?	**SI**		**NO**	X	
Nº DE POLIZA:	123	**NOMBRE DE LA ASEGURADORA:**		NN	
FECHA DE LA POLIZA	DD/MM/AAAA	**FECHA DE APROBACIÓN:**		DD/MM/AAAA	

IV. ACTIVIDADES REALIZADAS EN EL PERIODO, DE ACUERDO CON EL OBJETO Y LAS OBLIGACIONES ESTABLECIDAS EN EL CONTRATO
(Deben ser coherentes con las obligaciones especificas del contrato realizadas durante el mes)

1	Realizar actividades administrativas propios de la gestión delprograma de hospitalización domiciliaria
2	Seguimiento a los pacientes después del egreso del programa para la aplicación de encuesta de satisfacción, articulacion con el servicio de consulta externa y rutas de atención integral segun patologia de egreso
3	Apoyar la labor de enfermeria en los procesos de facturación egreso del serviciointrahospitalario e ingreso al programa de hospitalizacion domiciliaria
4	Participar en los procesos de fortalecimiento de competencias a traves de los cursos y capacitaciones virtuales y presenciales establecidos por la subred integrada de servicios de salud centro oriente E.S.E.
5	Cumplir con la reserva y confidencialidad de datos e informacionde los diferentes aplicativos institucionales.
6	Cumplir con las obligaciones de acuerdo con la demanda y tiempos requeridos segun las necesidades del servicio en los centros de salud y hospitales que conforman la subred integrada de servicios de salud centro oriente E.S.E
7	Portar adecuadamente los elementos institucionales y adecuada presentación personal dando cumplimiento a los manuales y procedimientos de la oficina y de la subred integrada de servicios de salud centro oriente E.S.E.
8	Las demas actividades que sean asignadas en la realizacion del objeto contractual e indicadas por el supervisar de acuerdo a las necesidades de los servicios en los diferentes unidades de la subred y pactadas en el formato de necesidad de personal que hace parte integral del presente contrato

V. INFORMACIÓN DE APORTES A SEGURIDAD SOCIAL

INFORME DE PAGO	CERTIFICACIONES	**OPERADOR:**	CERTIFICACIONES		
CONCEPTO DE PAGO	**ENTIDAD**	**FECHA DE PAGO**	**VALOR PAGADO**		
SALUD	COMPENSAR				
PENSIÓN	PORVENIR				
RIESGOS PROFESIONALES	SURA				
	TOTAL PAGADO		**$** -		

VI. DECLARACIONES DEL CONTRATISTA

- Declaro cumplidas las actividades descritas en el informe anexo, dentro del periodo de cobro.
- Declaro realizado 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 SMLMV (Si es el primer pago adjunto certificaciones de afiliacion a eps, arl, pension, rut)
- Que anexo soporte del cargue en el aplicativo seccop de la cuenta correspondiente al mes objeto de cobro .
- Que me encuentro al dia en los pagos 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 fotograficas y/o documentales que soporten las actividades realizadas en el periodo correspondiente

JeisonF

JEISON DUAN FONSECA MARTÍNEZ
CC: 1012426949
CEL: 3148659973

	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: (31/05/2025)

NOMBRES Y APELLIDOS:	JEISON DUAN FONSECA MARTÍNEZ	**CC:**	1012420949
		RUT (NIT):	1012420949-1
CORREO ELECTRÓNICO:	jeisonm561@gmail.com	**TELÉFONO:**	3114863973
DIRECCIÓN DOMICILIO:	cr 87n 03 20 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 titulo del impuesto sobre la renta, de conformidad con el numeral 6 del articulo 1.2.4.1.6 y paragra

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 A CUAL CONSIGNAR:	**DAVIVIENDA**				
NOMBRE DEL BANCO (SI EL BANCO NO SE ENCUENTRE EN LA LISTA SELECCIONABLE)		**TIPO DE CUENTA:**	**AHORROS**	**N° CUENTA:**	**0570008090558100**

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

N° DEL CONTRATO:	**PS 5324 2025**	**N° CDP:**	1221	**N°. RP:**		**PLAZO DEL CONTRATO INCLUIDAS PRORROGAS : UN (1) MES Y VEINTICINCO (25) DIAS**
FECHA DEL CONTRATO	**14/4/2025**	**FECHA DE TERMINACIÓN CONTRATO:**		**30/6/2025**		**VALOR TOTAL DEL CONTRATO INCLUIDO ADICIONES: $4.987.782**
PERIODO OBJETO DE COBRO:	DEL 06/05/2025 HASTA 31/05/2025					
VALOR A PAGAR CORRESPONDIENTE AL PERIODO OBJETO DE COBRO EN (LETRAS Y NUMEROS)	**$**					2.672.026
	DOS MILLONES SEISCIENTOS SETENTA Y DOS MIL VEINTISEIS PESOS MCTE					

JEISON DUAN FONSECA MARTÍNEZ
C.C. 1012420949
CEL. 3114863973

	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			**JEISON DUAN FONSECA MARTÍNEZ**		
NÚMERO DOCUMENTO DE IDENTIDAD			**1.012.420.949**		
I. INFORMACION GENERAL DEL CONTRATO DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS					
OBJETO DEL CONTRATO:	PRESTAR SERVICIOS COMO AUXILIAR DE ENFERMERIA PARA DESARROLLAR ACTIVIDADES EN LA DIRECCION DE SERVICIOS HOSPITALARIOS DE LA SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE ESE				
CONTRATO DE PRESTACION DE SERVICIOS PROFESIONALES No.		**PS 5324 2025**	**FECHA INICIO CONTRATO**	**6/5/2025**	
VALOR INICIAL DEL CONTRATO		**$**			4.987.782
VALOR TOTAL DEL CONTRATO INCLUIDO ADICIONES	**$** 4.987.782		**VALOR DE HONORARIOS PERÍODO A CERTIFICAR:**	**$**	2.672.026
Nº PAGO DE INFORME:	(1 DE 1)	**Nº CRP INICIAL:**		**Nº CDP INICIAL DEL CONTRATO**	1221
PLAZO DEL CONTRATO INCLUYENDO PRORROGAS	UN (1) MES Y VEINTICINCO (25) DIAS				
Nº DE PLANILLA DE PAGO DE SEGURIDAD SOCIAL:		**CERTIFICACIONES**			
PROCESO EN DONDE SE EJECUTARON LAS ACTIVIDADES:		DIRECCION DE HOSPITALIZACION MEDICINA			
UNIDAD FUNCIONAL DE EJECUCIÓN DE ACTIVIDADES:		ISC HOSPITAL SANTA CLARA			
NOMBRE DEL SUPERVISOR:		YANITH PIRAGAUTA GUTIERREZ			
II. MODIFICACIONES CONTRACTUALES					
Nº DE MODIFICACIÓN:	**N° ( )**	**TIPO DE MODIFICACIÓN (ADICIÓN – PRÓRROGA):**		ADICION ( )	PRORROGA ( )
VALOR ADICIONADO	**$** -	**CDP DE LA ADICIÓN:**	**RP DE LA ADICIÓN:**	**TIEMPO PRORROGADO:**	(MESES O DIAS)
VALOR ADICIONADO	**$** -	**CDP DE LA ADICIÓN:**	**RP DE LA ADICIÓN:**	**TIEMPO PRORROGADO:**	(MESES O DIAS)
III. POLIZAS (SI APLICA)					
¿HACE POLIZAS EN SU CONTRATO?	**SI**		**NO**	X	
Nº DE POLIZA:	XX	**NOMBRE DE LA ASEGURADORA:**		XX	
FECHA DE LA POLIZA:	DD/MM/AAAA	**ACTO ADMINISTRATIVO DE APROBACIÓN:**		XX	

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 legalizacion del mencionado contrato le sean descontados del valor a cancelar como consta en la declaración del informe de ejecución de actividades?	X	
3	¿El contratista presentó satisfactoriamente las obligaciones contractuales, los cuales pueden ser verificados en el informe anexo y en el SECOP?	X	
4	¿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	¿Se 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 (06/05/2025) AL (31/05/2025)

FIRMA DE QUIEN CONVALIDA EL CUMPLIMIENTO DE LAS OBLIGACIONES PARA EL PRESENTE PERIODO DE PAGO:	**NOMBRE Y FIRMA DEL SUPERVISOR: YANITH PIRAGAUTA GUTIERREZ** **CARGO: DIRECTOR TECNICO CODIGO 009 GRADO 05**
	NOMBRE Y FIRMA: YANITH PIRAGAUTA GUTIERREZ **CARGO: DIRECTOR TECNICO CODIGO 009 GRADO 05**

Medellín, 09 de mayo 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 JEISON DUAN FONSECA MARTINEZ identificado(a) con C1012420949 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.arlsura.com.co / validar certificados e ingrese el siguiente código único de generación válido por un mes: C1012420949251294612 8

Atentamente,

Dirección de Afiliaciones y Recaudos

Dirección IP 10.205.28.19

E.P.S.Sanitas
Sanitas Internacional

CERTIFICADO DE AFILIACIÓN AL POS DE EPS SANITAS

La EPS SANITAS en desarrollo de su programa especial para la garantía y prestación del Plan Obligatorio de Salud denominado EPS **SANITAS**,

CERTIFICA

Que **Jeison Duan Fonseca Martinez**, identificado(a) con **CC** número **1012420949**, está registrado(a) en el POS DE EPS SANITAS con la siguiente información.

TIPO Y NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN	CC 1012420949
NOMBRES Y APELLIDOS	Jeison Duan Fonseca Martinez
TIPO DE AFILIADO	Titular
PARENTESCO	Titular
FECHA DE NACIMIENTO	21/04/1995
ESTADO DE LA AFILIACIÓN	0 Tiene Derecho A Cobertura Integral
CAUSA ESTADO DE AFILIACIÓN	10 - Cobertura Integral
FECHA DE INGRESO A EPS SANITAS	01/01/2025
FECHA DE RETIRO LABORAL / EPS SANITAS	Activo(a)
SEMANAS COTIZADAS EN EPS SANITAS	Sin semanas reportadas en EPS SANITAS
SEMANAS COTIZADAS EN OTRA EPS	Sin semanas reportadas en EPS SANITAS
SEMANAS COTIZADAS EN ÚLTIMO AÑO	Sin semanas reportadas en EPS SANITAS
RÉGIMEN	Contributivo
FECHA DE AFILIACIÓN AL RÉGIMEN	01/01/2025
NIVEL SISBEN	No aplica
EMPLEADOR (ES)	

N.I.T. 800 [illegible] CLINICA COLSANITAS S A Desde 01/01/2025 - Vigente

porvenir
sólo hay uno

SOCIEDAD ADMINISTRADORA DE FONDOS DE PENSIONES Y CESANTÍAS PORVENIR S.A.

En su condición de administradora del

FONDO DE PENSIONES Y CESANTÍAS PORVENIR

NIT 800.144.331-3

CERTIFICA QUE:

JEISON **DUAN FONSECA MARTINEZ,** identificado(a) con cédula de ciudadanía **1.012.420.949**, se encuentra afiliado(a) al **Fondo de Pensiones Obligatorias Porvenir y al Fondo de Cesantías Porvenir.**

La presente certificación se expide el 29 de Abril 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.