Secretaría de Salud Subred Integrada de Servicios de Salud Centro Oriente E.S.E.	SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E APOYO – GESTION DE CONTRATACIÓN FORMATO INFORME DE EJECUCIÓN Y SUPERVISION DE ACTIVIDADES DEL CONTRATO DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS Y DE APOYO A LA GESTIÓN	CÓDIGO: AP-IA-FT-077 VERSIÓN: 2 FECHA: 2025-06-09

CELEBRADO ENTRE LA SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E Y				
JULY ESTEFANY SANDOVAL GARCIA				
	CON C.C Nº	1.016.021.909		
OBJETO DEL CONTRATO:	PRESTAR SERVICIOS DE APOYO A LA GESTION 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 7124331-2024 CONVENIO MAS BIENESTAR			
CONTRATO DE PRESTACION DE SERVICIOS PROFESIONALES No.	PS 5670 2025		**FECHA INICIO CONTRATO**	9/06/2025
VALOR INICIAL DEL CONTRATO	**$ 4.741.214**	**No. HORAS EJECUTADAS**	153	
VALOR TOTAL DEL CONTRATO INCLUIDO ADICIONES:	**$ 4.741.214**		**VALOR DE HONORARIOS PERÍODO A CERTIFICAR:**	**$ 2.112.012**
PLAZO TOTAL DEL CONTRATO INCLUIDO PRORROGAS	UN (1) MES Y VEINTIUN (21) DIAS			
UNIDAD FUNCIONAL EJECUCIÓN DE ACTIVIDADES:	SA2 SEDE ADMINISTRATIVA SAN JOSE OBRERO			
NOMBRE DEL SUPERVISOR:	LORENZA BECERRA CAMARGO - DIRECTOR TECNICO CODIGO 009 GRADO0 05			

ITEM	II. 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)
1	ASISTENCIA A FORTALECIMIENTO TECNICO EQUIPO DE SALUD SEXUAL Y REPRODUCTIVA EN SECRETARIA DE SALUD
2	PRESENTAR CRONOGRAMA DE ACTIVIDADES REALIZADAS DURANTE EL MES
3	ASISTENCIA A REUNIONES DE EQUIPO PROGRAMADAS POR LIDERES OPERATIVOS Y SDS
4	DILIGENCIAR DIARIAMENTE APLICATIVO EN LINEA CORRESPONDIENTE A PROGRAMA MAS BIENESTAR
5	ACTIVAR Y NOTIFICAR LOS EVENTOS DE INTERÉS EN SALUD PÚBLICA DETECTADOS EN CADA UNA DE SUS INTERVENCIONES.
6	PRESENTAR PREAUDITORIA DEL MES CORRESPONDIENTE, VERIFICANDO CON PROFESIONALES DE APOYO META ESTABLECIDA Y HALLAZGOS
7	ABORDAJE DE LOS CASOS PRIORIZADOS POR RCB Y SE HACE BARRIDO CORRESPONDIENTE
8	REALIZAR LAS DEMÁS OBLIGACIONES QUE SE RELACIONEN CON EL OBJETO DEL CONTRATO Y QUE SEAN REQUERIDAS
9	TRABAJO ADMINISTRATIVO EN CASA PARA ALISTAMIENTO FORMATO DE FIRMAS Y ESTRATEGIA A ABORDAR
10	DAR CUMPLIMIENTO A LA META ESTIPULADA

III. VERIFICACION DE ACTIVIDADES DESARROLLADAS

SE VERIFICA QUE HA CUMPLIDO CON LAS ACTIVIDADES ASIGNADAS DURANTE EL MES O PERIODO EJECUTADO 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 **cjausula "Forma de Pago**, CERTIFICO el cumplimiento de las obligaciones pactadas con el contratista, para el pago correspondiente al periodo del (09/06/2025) AL (30/06/2025)

IV. INFORMACIÓN DE APORTES A SEGURIDAD SOCIAL

No. DE PLANILLA:	CERTIFICADOS	**OPERADOR:**	SIMPLE

CONCEPTO DEL PAGO	ENTIDAD	FECHA DE PAGO	VALOR
SALUD:	**SURA**		
PENSIÓN:	**PORVENIR**		
RIESGOS LABORALES:	**SURA**		
OTRO			
TOTAL PAGADO			**$ 0**

V. 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 ningun caso el IBC sea menor a 1 SMMLV (de ser el primer pago adjunto certificaciones de afiliacion a eps, 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.

VI. ANEXOS

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

Anexar evidencias fotograficasy/o documentales que soporten las acividades realizadas en el periodo correspondiente

NOMBRE Y FIRMA DEL CONTRATISTA	**JULY ESTEFANY SANDOVAL GARCIA** **CC No 1.016.021.909**
FIRMA DE QUIEN VALIDA	**LILIANA TELLEZ VALBUENA** **SUPERVISOR ALTERNO**
FIRMA DE QUIEN CONVALIDA EL CUMPLIMIENTO DE LAS OBLIGACIONES PARA EL PRESENTE PERIODO DE PAGO:	**LORENZA BECERRA CAMARGO** **SUPERVISOR DEL CONTRATO**

DATOS DEL CONTRATISTA			
FECHA DE DILIGENCIAMIENTO: 30/06/2025			
NOMBRES Y APELLIDOS:	JULY ESTEFANY SANDOVAL GARCIA	**CC:**	1016021909
CORREO ELECTRÓNICO:	julyk73@gmail.com	**TELÉFONO:**	3133274803
DIRECCIÓN DOMICILIO:	KR 14 L 77 47 SUR IN 2	**CIUDAD:**	BOGOTA

Manifiesto bajo la gravedad del juramento

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:**	***AHORROS***	**N° CUENTA:**	***66722162359***

DATOS DEL PERIODO OBJETO DE PAGO			
N° DEL CONTRATO:	**PS 5670 2025**	**VALOR CORRESPONDIENTE AL PERIODO OBJETO DE COBRO**	**$ 2.112.012**
FECHA DE INICIO CONTRATO	9/06/2025	**FECHA DE TERMINACIÓN CONTRATO:**	31/07/2025
PERIODO OBJETO DE COBRO:	09/06/2025 AL 30/06/2025		

JULY ESTEFANY SANDOVAL GARCIA
C.C 1016021909
Cel: 3133274803

Resultados del registro de novedades de reingreso

EPS | sura

EPS Y MEDICINA PREPAGADA SURAMERICANA S.A.

Número de Solicitud **6I_2198274**

Por favor imprima este comprobante como constancia de la novedad reportada.

Ingreso

Afiliado	CC 1016021909 JULY ESTEFANY SANDOVAL GARCIA
Tipo de cotizante	3 independiente
Salario Base	$ 1,423,500
Fecha de ingreso	26/05/2025
Fecha de radicación	26/05/2025 11:20:38 a.m.
Código de Transacción	196259241
Resultado delIngreso	
Novedad aplicada con éxito	El período de inicio de pago es 05/2025

Fecha de generación 03/04/2025

EPS

sura

CERTIFICADO DE AFILIACIÓN AL PBS DE EPS SURA

EPS SURAMERICANA S.A. en desarrollo de su programa especial para la garantía del Plan de Beneficios en Salud denominado **EPS SURA**

CERTIFICA

Que **JULY ESTEFANY SANDOVAL GARCIA** identificado(a) con **CÉDULA DE CIUDADANÍA** número **1016021909** está registrado(a) en el PBS EPS SURA con la siguiente información:

TIPO Y NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN	CC 1016021909
NOMBRES Y APELLIDOS	JULY ESTEFANY SANDOVAL GARCIA
TIPO DE AFILIADO	TITULAR
PARENTESCO	TITULAR
ESTADO DE AFILIACIÓN	TIENE DERECHO A COBERTURA INTEGRAL
CAUSA ESTADO DE LA AFILIACIÓN	COBERTURA INTEGRAL
FECHA DE INGRESO A EPS SURA	01/12/2020
FECHA RETIRO EPS SURA	ACTIVO(A)
SEMANAS COTIZADAS EN EPS SURA	0
SEMANAS COTIZADAS ÚLTIMO AÑO	0

DIRECCIÓN DE AFILIACIONES
Fecha de generación: **04/06/2025**

ESTE DOCUMENTO NO ES VÁLIDO PARA LA PRESTACIÓN DEL SERVICIO, NI PARA TRASLADOS

porvenir
sólo hay uno

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

En su condición de administradora del

FONDO DE PENSIONES OBLIGATORIAS PORVENIR

CERTIFICA QUE:

JULY ESTEFANY SANDOVAL GARCIA, identificado(a) con cédula de ciudadanía **1.016.021.909,** se encuentra afiliado(a) al **Fondo de Pensiones Obligatorias Porvenir.**

La presente certificación se expide el 31 de Marzo 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.

Powered by CamScanner

Certificación
Bancaria

Sábado, 24 de mayo de 2025

A quien pueda interesar

Bancolombia S.A. se permite informar que JULY ESTEFANY SANDOVAL GARCIA identificado(a) con CC 1016021909, a la fecha de expedición de esta certificación, tiene con el Banco los siguientes productos:

Producto	No. Producto	Fecha Apertura aaaa-mm-dd	Estado	Saldo
Cuenta Ahorros / A la mano	66722162359	2021-06-02	ACTIVO	*****

*Importante: Esta constancia solo hace referencia a los productos mencionados anteriormente.
*Si desea verificar la veracidad de esta información, puede comunicarse con la Sucursal Telefónica Bancolombia a los siguientes números: Medellín - Local: (57-4) 510 90 00 - Bogotá - Local: (57-1) 343 00 00 - Barranquilla - Local: (57-5) 361 88 88 - Cali - Local: (57-2) 554 05 05 Resto del país: 01800 09 12345.Sucursales telefónicas en el exterior: España(34) 900 995 717 - Estados Unidos(1) 1 866 379 97 14.

Catalina Cortés Uribe.
Gerente Servicios Contact Center & BPO.

VIGILADO BANCOLOMBIA S.A. Establecimiento Bancario

Bancolombia

Bancolombia nunca solicitará sus datos personales o de sus productos bancarios mediante vínculos de correo electrónico. En caso de recibir alguno, repórtelo de inmediato a correosospechoso@bancolombia.com.co

Powered by CamScanner