

		SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E APOYO - GESTIÓN DE CONTRATACIÓN FORMATO INFORME DE EJECUCIÓN Y SUPERVISIÓN 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	
<b>CELEBRADO ENTRE LA SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E Y</b>					
<b>YESSICA PAOLA FAJARDO MERCHANT</b>					
CON C.C.N°				1.099.212.768	
<b>OBJETO DEL CONTRATO:</b>		PRESTAR SERVICIOS COMO PROFESIONAL ESPECIALIZADO 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			
<b>CONTRATO DE PRESTACION DE SERVICIOS PROFESIONALES No.</b>		PS 4689 2025		<b>FECHA INICIO CONTRATO</b>	
				10/02/2025	
<b>VALOR INICIAL DEL CONTRATO</b>		\$ 12.916.432,00		<b>Nº HORAS EJECUTADAS</b>	
				N/A	
<b>VALOR TOTAL DEL CONTRATO INCLUIDO ADICIONES:</b>		37.931.124		<b>VALOR DE HONORARIOS PERÍODO A CERTIFICAR:</b>	
				\$ 6.666.872	
<b>PLAZO TOTAL DEL CONTRATO INCLUIDO PROROGAS</b>		SEIS (6) MESES Y VEINTIUN (21) 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 05		
<b>II. ACTIVIDADES REALIZADAS EN EL PERÍODO, DE ACUERDO CON EL OBJETO Y LAS OBLIGACIONES ESTABLECIDAS EN EL CONTRATO</b> (Deben ser coherentes con las actividades específicas realizadas durante el mes)					
<b>ITEM</b>					
1	SE REALIZA LA PRESTACION DE SERVICIOS CON CALIDAD Y OPORTUNIDAD, PARA EL DESARROLLO DE LAS ACTIVIDADES DEL CONVENIO MAS BIENESTAR EQUIPOS BÁSICOS EXTRAMURALES, SUSCRITO ENTRE EL FDS Y LA SUBRED, MEDIANTE LA PARTICIPACION EN REUNIONES CONVOCADAS POR SECRETARIA DISTRITAL DE SALUD, ORGANIZACION DE LOS EQUIPOS BASICOS EXTRAMURALES DE HOGAR, DIRECCIONAMIENTO TECNICO A LOS APOYOS PROFESIONALES, DINAMIZACION DE LA OPERACION, VERIFICACION DE CUMPLIMIENTO DE LA OPERACION, REALIZAR ENLACES PARA ARTICULACION DE PROCESOS, ELABORACION DE INFORMES.				
2	SE REALIZA PRESENTACION MENSUAL DE CRONOGRAMA DE ACTIVIDADES A DESARROLLAR, Y ENTREGA DE INFORME MENSUAL DE LAS ACTIVIDADES DESARROLLADAS DURANTE EL MES SOPORTADOS EN DRIVE CRONOGRAMAS.				
3	SE REALIZA APOYO EN LA CONSOLIDACION, REVISION Y PRESENTACION DE LA INFORMACION ACORDE A LOS ANEXOS Y LINEAMIENTOS TÉCNICOS DEL CONVENIO VIGENTE PARA LA RADICACION DE DESEMBOLOS EN SECRETARIA DISTRITAL DE SALUD				
4	SE REALIZA PARTICIPACION ACTIVA EN EL SEGUIMIENTO A INDICADORES TRAZADORES Y EL CUMPLIMIENTO DE ACTIVIDADES A PARTIR DE ESPACIOS CONJUNTOS CON LOS APOYOS OPERATIVOS.				
5	SE REALIZA APROPIACION CONCEPTUAL DE LOS ANEXOS Y LINEAMIENTOS TÉCNICOS DEL CONVENIO MAS BIENESTAR EQUIPOS BÁSICOS EXTRAMURALES SUSCRITO ENTRE EL FDS Y LA SUBRED				
6	SE REALIZA ACOMPAÑAMIENTO Y LIDERAZGO EN LAS ASISTENCIAS TÉCNICAS DESDE LOS DIFERENTES PROCESOS DE LOS EQUIPOS BASICOS EXTRAMURALES (HOGAR) DE ACUERDO A PROGRAMACION, EN FUNCIÓN DE LOS REQUERIMIENTOS PROCESOS DISPUESTOS POR LA SECRETARIA DISTRITAL DE BOGOTÁ				
7	SE REALIZA LA REVISIÓN, ALISTAMIENTO Y ENTREGA CON CALIDAD DE CADA UNO DE LOS DOCUMENTOS, SOPORTES E INFORMES GENERADOS COMO RESULTADO DE LAS ACCIONES O INTERVENCIONES REALIZADAS EN CUMPLIMIENTO A LOS ANEXOS Y LINEAMIENTOS TÉCNICOS DEL CONVENIO MAS BIENESTAR EQUIPOS BÁSICOS EXTRAMURALES VIGENTE Y SUSCRITO ENTRE EL FDS Y LA SUBRED.				
8	SE PARTICIPA Y GESTIONAR LOS ACERCAMIENTOS INSTITUCIONALES COMO EJERCICIO DINAMIZADOR PARA EL DESARROLLO DE LAS ACCIONES DE CADA PROCESO				
9	SE REALIZA PARTICIPACION EN LAS ASISTENCIAS TÉCNICAS CONVOCADAS POR SDS DE ACUERDO A LOS PROCESOS ASIGNADOS Y CONFORME A LAS ACTIVIDADES, METAS Y PRODUCTOS ESTABLECIDOS EN LOS ANEXOS Y LINEAMIENTOS TÉCNICOS DEL CONVENIO MAS BIENESTAR EQUIPOS BÁSICOS EXTRAMURALES SUSCRITO ENTRE EL FDS Y LA SUBRED.				
10	REALIZAR LAS DEMÁS OBLIGACIONES QUE SE RELACIONEN CON EL OBJETO DEL CONTRATO Y QUE SEAN REQUERIDAS POR LA SUPERVISIÓN.				
<b>III. VERIFICACION DE ACTIVIDADES DESARROLLADAS</b>					
<b>SE VERIFICA QUE HA CUMPLIDO CON LAS ACTIVIDADES ASIGNADAS DURANTE EL MES O PERÍODO EJECUTADO Y SE APRUEBA PARA EL PAGO RESPECTIVO.</b>					
<b>ITEM</b>	<b>CUMPLIMIENTO DE REQUISITOS</b>	<b>SI</b>	<b>NO</b>		
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 scop 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 ( 01/08/2025) AL (31/08/2025)					
<b>IV. INFORMACIÓN DE APORTES A SEGURIDAD SOCIAL</b>					
<b>No. DE PLANILLA:</b>	9490297882		<b>OPERADOR:</b>	APORTES EN LINEA	
<b>CONCEPTO DEL PAGO</b>	<b>ENTIDAD</b>	<b>FECHA DE PAGO</b>	<b>VALOR PAGADO</b>		
SALUD:	COMPENSAR	14/08/2025	\$ 333.400		
PENSIÓN:	PORVENIR	14/08/2025	\$ 426.700		
RIESGOS LABORALES:	BOLIVAR	14/08/2025	\$ 65.000		
OTRO	COMPENSAR	14/08/2025	\$	16.100	
<b>TOTAL PAGADO</b>			<b>\$ 841.200</b>		
<b>V. DECLARACIONES DEL CONTRATISTA</b>					
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 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 \$MMLV ( de ser el primer pago adjunto certificaciones de afiliación a eps, arl, pensión, rut)					
3.- Que adjunto evidencia del cargue en el aplicativo scop 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.					
<b>VI. ANEXOS</b> (Cuando se requiera como una de las obligaciones del contrato)					
Anexar evidencias fotográficas y documentales que soporten las actividades realizadas en el periodo correspondiente					
<b>NOMBRE Y FIRMA DEL CONTRATISTA</b>			 YESSICA PAOLA FAJARDO MERCHANT CC No1.099.212.768		
<b>FIRMA DE QUIEN VALIDA</b>			 SANDRA YANNETH CONTRERAS PEÑALOSA SUPERVISOR ALTERNO		
<b>FIRMA DE QUIEN CONVALIDA EL CUMPLIMIENTO DE LAS OBLIGACIONES PARA EL PRESENTE PERÍODO DE PAGO:</b>			 LORENZA BECERRA SUPERVISOR DEL CONTRATO		



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: 7  
FECHA: 2025-06-09

DATOS DEL CONTRATISTA					
FECHA DE DILIGENCIAMIENTO: 31/08/2025					
NOMBRES Y APELLIDOS:	YESSICA PAOLA FAJARDO MERCHAN			CC:	1.099.212.768
CORREO ELECTRÓNICO:	jepafame@hotmail.com			TELÉFONO:	3102633319
DIRECCIÓN DOMICILIO:	CL 22 B SUR 10 38			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				SI ( )	NO ( X )
BANCO AL CUAL CONSIGNAR:	BANCO DAVIVIENDA		TIPO DE CUENTA:	AHORROS	Nº CUENTA: 8380440266
DATOS DEL PERIODO OBJETO DE PAGO					
Nº DEL CONTRATO:	PS 4689 2025	VALOR CORRESPONDIENTE AL PERIODO OBJETO DE COBRO	\$ 6.666.872		
FECHA DE INICIO CONTRATO	14/01/2025	FECHA DE TERMINACIÓN CONTRATO:	31/08/2025		
PERIODO OBJETO DE COBRO:	1/8/2025 A 31/08/2025 ✓				
<p><i>Yessica Fajardo M</i></p> <p>YESSICA PAOLA FAJARDO MERCHAN CC 1.099.212.768 CEL 3102633319</p>					

DATOS GENERALES DEL APORTANTE								
Identificación	dv	Razon Social	Clase Aportante	Sucursal Principal	Direccion	Ciudad-Departamento	Teléfono	Exonerado SENA e ICBF
CC 1099212768		FAJARDO MERCHAN YESSICA PAOLA	INDEPENDIENTE	PRINCIPAL	CL 22 B SUR #10 38	BOGOTA-BOGOTA D.E.	3734185	No

DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION									
Periodo		Clave		Tipo	Fecha		Pago		
Pensión	Salud	Pago	Planilla	Planilla	Limite	Pago	Banco	Días Mora	Valor
2025-07	2025-07	1700691777	9490297882	I	2025/08/19	2025/08/14	BANCO DAVIVIENDA	0	\$841,200

LIQUIDACION DETALLADA DE APORTES																																									
EMPLEADO			NOVEDADES												PENSION		SALUD		CCF		RIESGOS		PARAFISCALES																		
No.	Identificación	Nombre	ing	ret	tde	tae	tdp	cap	vsp	cor	vst	sln	lge	lma	vac	avp	pyct	trt	vip	Codigo	Días	Codigo	Días	Codigo	Días	Codigo	Días	Tarifa	Días	Exonerado SENA e ICBF											
<b>SUCURSAL: PRINCIPAL (1 Afiliados)</b>																																									
<b>Centro de Trabajo: PRINCIPAL (1 Afiliados)</b>																																									
Ciudad: BOGOTA Depto: BOGOTA D.E. (1 Afiliados)																																									
1	CC	1099212768	FAJARDO YESSICA																	X											230301	30	EPS008	30	CCF24	30	14-7	30	2.436%	30	No
<b>Total Afiliados( 1)</b>																																									

DATOS GENERALES DEL APORTANTE								
Identificación	dv	Razon Social	Clase Aportante	Sucursal Principal	Direccion	Ciudad-Departamento	Teléfono	Exonerado SENA e ICBF
CC 1099212768		FAJARDO MERCHAN YESSICA PAOLA	INDEPENDIENTE	PRINCIPAL	CL 22 B SUR #10 38	BOGOTA-BOGOTA D.E.	3734185	No

DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION									
Periodo		Clave		Tipo	Fecha		Pago		
Pensión	Salud	Pago	Planilla	Planilla	Limite	Pago	Banco	Días Mora	Valor
2025-07	2025-07	1700691777	9490297882	I	2025/08/19	2025/08/14	BANCO DAVIVIENDA	0	\$841,200

RESUMEN DE PAGO								
RIESGO	CODIGO	NIT	DV	AFILIADOS	VALOR LIQUIDADO	INTERESES MORA	SALDOS E INCAPACIDADES	VALOR A PAGAR
AFP (ADMINISTRADORAS: 1)				1	\$426,700	\$0	\$0	\$426,700
PORVENIR	230301	800,224,808	8	1	\$426,700	\$0	\$0	\$426,700
ARL (ADMINISTRADORAS: 1)				1	\$65,000	\$0	\$0	\$65,000
SEGUROS BOLIVAR	14-7	860,002,503	2	1	\$65,000	\$0	\$0	\$65,000
CCF (ADMINISTRADORAS: 1)				1	\$16,100	\$0	\$0	\$16,100
COMPENSAR	CCF24	860,066,942	7	1	\$16,100	\$0	\$0	\$16,100
EPS (ADMINISTRADORAS: 1)				1	\$333,400	\$0	\$0	\$333,400
COMPENSAR	EPS008	860,066,942	7	1	\$333,400	\$0	\$0	\$333,400
<b>TOTAL</b>				<b>1</b>	<b>\$841,200</b>	<b>\$0</b>	<b>\$0</b>	<b>\$841,200</b>



**Pago electrónico**

El pago electrónico de su autoliquidación se ha realizado exitosamente

**Resumen del pago electrónico**

Dirección IP:	191.156.147.67
Estado de la transacción:	APROBADA
Clave planilla:	<u>9490297882</u>
Valor:	841,200
Período de pago:	2025-07
No Transacción (CUS):	<u>1700691777</u>
Fecha:	2025/08/14
Banco:	BANCO DAVIVIENDA
Descripción :	Pago de la planilla de aportes con clave: <u>9490297882</u>
Aportes en línea:	<u>9999001472382</u>

[Aceptar](#)[Imprimir](#)

Recuerda los canales de atención que tiene Aportes en Línea para brindarte soporte

- Si usted es un cliente empresarial comuníquese con nuestras líneas de servicio telefónico en Bogotá [601 746 0888](tel:6017460888), Medellín [604 604 3010](tel:6046043010), Cali [602 485 2050](tel:6024852050), Barranquilla [605 385 8090](tel:6053858090), Cartagena: [605 693 4080](tel:6056934080) y en el resto del país [01 8000 510245](tel:018000510245).
- Si usted es independiente o empleador doméstico comuníquese con nuestras líneas de servicio telefónico en Bogotá [601 742 3900](tel:6017423900), Medellín [604 604 1060](tel:6046041060), Cali [604 85 3939](tel:604853939), Barranquilla [605 385 2080](tel:6053852080), Cartagena [605 693 1515](tel:6056931515), Bucaramanga [607 697 0909](tel:6076970909), Ibagué [608 277 1100](tel:6082771100), Nacional [01 8000 524448](tel:018000524448)
- Nuestro horario de atención con asesores telefónicos es de lunes a viernes de 7:00 a.m. a 6:00 p.m. y los sábados de 8:00 a.m. a 1:00 p.m.

