

		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-PT-077 VERSIÓN: 2 FECHA: 2025-06-09	
CELEBRADO ENTRE LA SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E Y YESSICA PAOLA FAJARDO MERCHAN					
		CON C.C. N°		1.099.212.768	
OBJETO DEL CONTRATO:		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			
CONTRATO DE PRESTACION DE SERVICIOS PROFESIONALES No.		PS 4689 2025		FECHA INICIO CONTRATO	
				10/02/2025	
VALOR INICIAL DEL CONTRATO		\$ 12.916.432,90		Nº. HORAS EJECUTADAS	
				N/A	
VALOR TOTAL DEL CONTRATO INCLUIDO ADICIONES:				VALOR DE HONORARIOS PERÍODO A CERTIFICAR:	
				\$ 6.666.872	
PLAZO TOTAL DEL CONTRATO INCLUIDO PROROGAS		SIETE (7) MESES 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 GRADO 05			
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)					
ITEM					
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 BÁSICOS EXTRAMURALES 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 INFORMACIÓN 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 BÁSICOS 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.				
III. VERIFICACION DE ACTIVIDADES DESARROLLADAS					
SE VERIFICA QUE HA CUMPLIDO CON LAS ACTIVIDADES ASIGNADAS DURANTE EL MES O PERIODO EJECUTADO Y SE APROBÓ 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 SECOF?	X			
4	¿Que el contratista de 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 cobro en el aplicativo scop de la cuenta correspondiente al mes objeto de cobro?	X			
Teniendo en cuenta lo anterior y conforme a la cláusula "Formas de Pago, CERTIFICÓ el cumplimiento de las obligaciones pactadas con el contratista, para el pago correspondiente al periodo del (01/09/2025) AL (30/09/2025)					
IV. INFORMACIÓN DE APORTES A SEGURIDAD SOCIAL					
Nº. DE PLANILLA:	9491757341				
CONCEPTO DEL PAGO	ENTIDAD	OPERADOR:	FECHA DE PAGO	APORTES EN LINEA	
SALUD:	COMPENSAR		15/09/2025	VALOR PAGADO \$ 333.400	
PENSIÓN:	FORVENIR		15/09/2025	\$ 426.700	
RIESGOS LABORALES:	BOLIVAR		15/09/2025	\$ 65.000	
OTRO	COMPENSAR		15/09/2025	\$ 16.100	
TOTAL PAGADO				\$ 841.200	
V. 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 certificación de obligación a eps, eps, pensión, rus)					
3.- Que adjunto evidencia del cobro 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.					
VI. 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		 YESSICA PAOLA FAJARDO MERCHAN CC No1.099.212.768			
FIRMA DE QUIEN VALIDA		 SANDRA YANNETH CONTRERAS PEÑALOSA SUPERVISOR ALTERNO			
FIRMA DE QUIEN CONVALIDA EL CUMPLIMIENTO DE LAS OBLIGACIONES PARA EL PRESENTE PERIODO DE PAGO:		 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: 30/09/2025

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 N° CUENTA: 8380440266

DATOS DEL PERIODO OBJETO DE PAGO

N° 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:	30/09/2025
PERIODO OBJETO DE COBRO:	1/9/2025 A 30/09/2025		

Yessica Fajardo

YESSICA PAOLA FAJARDO MERCHAN
CC 1.099.212.768
CEL 3102633319

DATOS GENERALES DEL APORTANTE

Identificación	DV	Razon Social	Clase Aportante	Sucursal Principal	Direccion	Ciudad-Departamento	Teléfono	Exonerada SENA e ICBF
CC 109912768		FALANDO MENCHAN YESSICA PAOLA	INDEPENDIENTE	PRINCIPAL	CL 2 B SUR #10 38	BOGOTA-BOGOTA D.E.	3714 85	No

DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION

Periodo	Salud	Pago	Planilla	Tipo	Planilla	Fecha	Limite	Pago	Banco	Pago	Valor	
2025-08	2025-08	1727346151	9491737341	1	1	2025/09/15	2025/09/15	BANCO DAVIVIENDA		Dias Mora	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	860.002.303	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
TOTAL				1	\$841,200	\$0	\$0	\$841,200



Dinamizadora1 EBEH <lider.dinamizadoraebh1@gmail.com>

Fwd: PSE - Transacción Aprobada **CUS 1773746151**

1 mensaje

Jessica Fajardo <jepafame@hotmail.com>

16 de septiembre de 2025, 11:21 a.m.

Para: "lider.dinamizadoraebh1@gmail.com" <lider.dinamizadoraebh1@gmail.com>

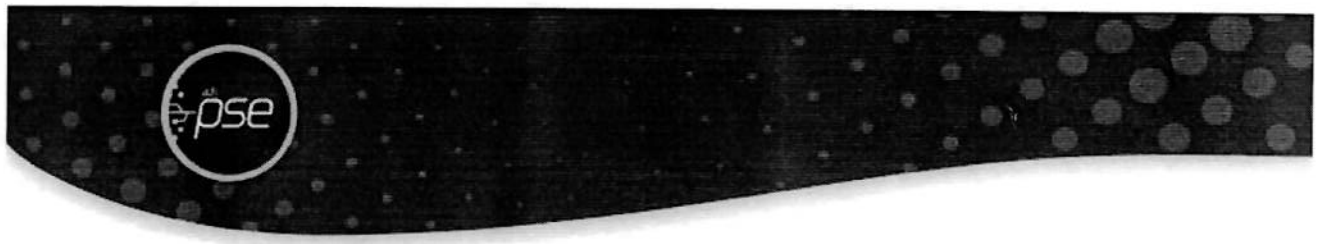
Enviado desde mi iPhone

Inicio del mensaje reenviado:

De: serviciopse@achcolombia.com.co

Fecha: 13 de septiembre de 2025, 10:39:14 a.m. COT

Para: jepafame@hotmail.com

Asunto: PSE - Transacción Aprobada CUS 1773746151**¡Hola, Yessica Paola Fajardo Merchán!****Estado de la Transacción:** Aprobada **Los siguientes son los datos de tu transacción:****Valor: \$ 841.200****Empresa: APORTES EN LINEA****Descripción:** Pago de la Planilla de aportes con clave:
9491757341**Fecha de la transacción:** 13/09/2025**CUS:** 1773746151

Gracias por utilizar nuestro servicio.

**Ten en cuenta estos tips de seguridad:**

Usa dispositivos personales o de confianza para realizar tus pagos.



No abras enlaces sospechosos.



Cambia tus contraseñas con regularidad.



Digita manualmente la URL del portal de tu entidad financiera.



Recuerda que PSE nunca te contactará para solicitarte información personal.

