

	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: 5 FECHA: 2024-09-09	
DATOS DEL CONTRATISTA						
FECHA DE DILIGENCIAMIENTO: (30-09-2025)						
NOMBRES Y APELLIDOS:	JEISSON ANDRES FAJARDO VELANDIA			CC:	80857780	
CORREO ELECTRÓNICO:	jeissonfajardov@gmail.com			TELÉFONO:	3112244810	
DIRECCIÓN DOMICILIO:	TV 13G 45C 04 SUR			CIUDAD:	BOGOTA	
BANCO AL CUAL CONSIGNAR:	BANCO DAVIVIENDA S.A.	TIPO DE CUENTA:	AHORROS	Nº CUENTA:	007590407875	
DATOS DEL CONTRATO O ADICION Y PERIODO OBJETO DE PAGO						
Nº DEL CONTRATO:	PS 5390 2025	Nº CDP:	2516	Nº. RP:	0	PLAZO DEL CONTRATO INCLUIDAS PRORROGAS: CINCO (5) MESES
FECHA DE INICIO CONTRATO	2025/05/13	FECHA DE TERMINACIÓN CONTRATO:	2025/09/30			
PERIODO OBJETO DE COBRO:	DEL 2025/09/01 AL 2025/09/30					
VALOR A PAGAR CORRESPONDIENTE AL PERIODO OBJETO DE COBRO	\$ 2.904.570					
 JEISSON ANDRES FAJARDO VELANDIA PS_5390_2025_A6BA24 NOMBRE Y FIRMA DEL CONTRATISTA: JEISSON ANDRES FAJARDO VELANDIA CC: 80857780 CEL: 3112244810						



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			
JEISSON ANDRES FAJARDO VELANDIA			
CON C.C N°		80.857.780	
OBJETO DEL CONTRATO:	PRESTAR SERVICIOS COMO TECNOLOGO DE APOYO TERRITORIAL PARA DESARROLLAR ACTIVIDADES EN LA DIRECCION DE GESTION INTEGRAL DEL RIESGO EN SALUD DE LA SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E PARA EL CONVENIO SED 7827009 2025		
CONTRATO DE PRESTACION DE SERVICIOS PROFESIONALES No.	PS 5390 2025	FECHA INICIO CONTRATO	2025/05/13
VALOR INICIAL DEL CONTRATO	\$ 4.744.131	No. HORAS EJECUTADAS	0
VALOR TOTAL DEL CONTRATO INCLUIDO ADICIONES:	\$ 13.457.841	VALOR DE HONORARIOS PERÍODO A CERTIFICAR:	\$ 2.904.570
PLAZO DEL CONTRATO INCLUYENDO PRORROGAS	CINCO (5) MESES		
UNIDAD FUNCIONAL DE EJECUCIÓN DE ACTIVIDADES:	CENTRO DE SALUD PRIMERO DE MAYO		
NOMBRE DEL SUPERVISOR:	LORENSA BECERRA CAMARGO		
ITEM	II. ACTIVIDADES REALIZADAS EN EL PERIODO, DE ACUERDO CON EL OBJETO Y LAS OBLIGACIONES ESTABLECIDAS EN EL CONTRATO (Deben ser coherentes con las obligaciones específicas del contrato realizadas durante el mes)		
1	Se realiza acompañamiento a los colegios de la localidad de Antonio Nariño, Martires, y Rafael Uribe		
2	Se brinda apoyo tecnico al personal de las IED en las localidad Antonio Nariño, Martires, y Rafael Uribe, para desarrollar las actividades de la promocion de estilos de vida		
3	Se participa en los procesos de capacitacion, el dia 09, 15 y 16 de septiembre para facilitar el desarrollo de sus actividades a nivel localidad Antonio Nariño, Martires, y Rafael Uribe		
4	Apoyar y orientar la adecuada implementacion de los protocolos establecidos por el Ministerio de Salud y el Ministerio De Educacion Nacional		
5	Entrega de informe mensual de la localidad de Antonio Nariño, Martires, y Rafael Uribe de las actividades desarrolladas en el marco del objeto contractual		
6	Se realiza recepcion de cuentas de cobro el dia 22 de septiembre de manera virtual, validando que los soportes de seguridad social coincidan con el reporte entregado		
7	Se realiza apoyo en la verificacion del cronograma de actividades de los integrantes del equipo deAntonio Nariño, Martires, y Rafael Uribe		
8	Recopilar informacion derivada del acompañamiento realizado por el personal de las IED en la localidad de Antonio Nariño, Martires, y Rafael Uribe con relacion a las actividades para la promocion de estilos de vida saludable y prevencion y mitigacion de contagio de enfermedades en el mes de septiembre		
9	Se presenta oportunamente a la Direccion de Bienestar Estudiantil, los informes de avance de la localidad a cargo, con sus respectivas evidencias de la localidad Antonio Nariño, Martires, y Rafael Uribe para el mes de septiembre.		
10	Se realiza acompañamiento en mesa de trabajos con los Coordinadores de cada institución para las acciones que se adelantarán para el año 2025 con relación a los apoyos de articulación para el tema de vacunas de todos los estudiantes localidad de Rafael Uribe Uribe.		
11	Recibir informacion de las DBE y SED y desplegarlos con las promotoras y a su vez con la comunidad educativa, garantizando la ejecucion continua y eficiente para la promocion de estilos de vida saludable en el mes de septiembre.		
12	se verifican evidencias los dias 8,15,22, y 29 de septiembre el cumplimiento de actividades de cada promotor de bienestar de la localidad Antonio Nariño, Martires, y Rafael Uribe de manera que cumplan con los criterios tecnicos		
III. 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, <u>CERTIFICO</u> el cumplimiento de las obligaciones pactadas con el contratista, para el pago correspondiente al periodo del (2025-09-01) AL (2025-09-30)				
IV. INFORMACIÓN DE APORTES A SEGURIDAD SOCIAL				
No. DE PLANILLA:	Nº 7982978305		OPERADOR:	SOI
CONCEPTO DEL PAGO	ENTIDAD	FECHA DE PAGO	VALOR PAGADO	
SALUD:	SALUD TOTAL	2025/09/12	\$ 178.000	
PENSIÓN:	COLPENSIONES	2025/09/12	\$ 227.800	
RIESGOS LABORALES:	SURA	2025/09/12	\$ 34.700	
OTRO				
TOTAL PAGADO			\$ 440.500	
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 ningún 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.				
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		<i>JEISSON ANDRES FAJARDO VELANDIA</i> <i>PS_5390_2025_A6BA24</i> JEISSON ANDRES FAJARDO VELANDIA CC: 80857780		
FIRMA DE QUIEN VALIDA		<i>OLGA LUCIA LOPEZ TAPIAS</i> <i>PS_5390_2025_A6BA24</i> OLGA LUCIA LOPEZ TAPIAS SUPERVISOR ALTERNO		
FIRMA DE QUIEN CONVALIDA EL CUMPLIMIENTO DE LAS OBLIGACIONES PARA EL PRESENTE PERIODO DE PAGO		<i>LORENSA BECERRA CAMARGO</i> <i>PS_5390_2025_A6BA24</i> LORENSA BECERRA CAMARGO SUPERVISOR DEL CONTRATO		

TOTAL APORTES A PENSIÓN												
ADMINISTRADORA		No. COTIZANTES	COTIZACIÓN	APORTES VOLUNTARIOS		FSP		MORA		TOTALES		
CÓDIGO	NOMBRE			EMPLEADOR	COTIZANTE	SOLIDARIDAD	SUBSISTENCIA	COTIZACIÓN	FSP	APORTES	MORA	VALOR PAGADO
25-14	25-14 COLPENSIONES	1	\$ 227.800	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 227.800	\$ 0	\$ 227.800
SUBTOTALES:										\$ 227.800	\$ 0	\$ 227.800

TOTAL APORTES A SALUD																
ADMINISTRADORA		No. COTIZANTES	INCAPACIDAD POR ENFERMEDAD		LICENCIA MATERNIDAD		SALDO A FAVOR		LIQUIDACIÓN		MORA		TOTALES			
CÓDIGO	NOMBRE		NÚMERO AUTORIZACIÓN	VALOR	NÚMERO AUTORIZACIÓN	VALOR	PLANILLA	VALOR	COTIZACIÓN	VALOR ADRES	COTIZACIÓN	VALOR ADRES	APORTES	MORA	DESCUENTO	VALOR PAGADO
EPS002	EPS002-SALUD TOTAL	1		\$ 0		\$ 0		\$ 0	\$ 178.000	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 178.000	\$ 0	\$ 0	\$ 178.000
SUBTOTALES:									\$ 178.000				\$ 178.000	\$ 0	\$ 0	\$ 178.000

TOTAL APORTES A RIESGOS PROFESIONALES												
ADMINISTRADORA		No. COTIZANTES	INCAPACIDAD IRP			SALDO A FAVOR		LIQUIDACIÓN	TOTALES			
CÓDIGO	NOMBRE		NÚMERO AUTORIZACIÓN	VALOR	PAGO A OTROS RIESGOS	PLANILLA	VALOR	COTIZACIÓN	APORTES	MORA	DESCUENTO	VALOR PAGADO
14-11	14-11 - ARL SURA	1		\$ 0	\$ 0		\$ 0	\$ 34.700	\$ 34.700	\$ 0	\$ 0	\$ 34.700
SUBTOTALES:									\$ 34.700	\$ 0	\$ 0	\$ 34.700

[illegible]

TOTAL PAGADO: \$ 440.500