CUENTA DE COBRO 001-2025

Bogotá D.C, 31 de octubre de 2025.

FUNDACIÓN SOLIDARIDAD POR COLOMBIA

NIT: 860.071.169-1

DEBE A:

Carlos Eduardo Escandón Vargas

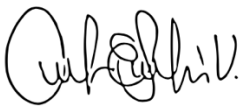
CC: 1.032.452.283

LA SUMA DE: $3.150.000 (Tres millones ciento cincuenta mil pesos)

POR CONCEPTO DE:

El pago de los honorarios por la prestación de servicios profesionales como coordinador metodológico y de seguimiento para para la ejecución del Convenio de Asociación No. 8437150 De 2025.

Cordialmente,



Carlos Eduardo Escandón Vargas
CC: 1.032.452.283

Favor consignar en la cuenta de ahorros N° 0550488423523411 de Banco Davivienda a nombre de Carlos Eduardo Escandón Vargas.

Actuando en nombre propio, según el parágrafo 2 y 3 del artículo 383 del estatuto tributario, en calidad de prestador de servicios, identifico que tengo 0 (cero) trabajador (es) a mi cargo relacionados con la actividad productora de renta.

Manifiesto voluntariamente y bajo la gravedad de juramento, que pertenezco al régimen simplificado, por lo tanto, de acuerdo al art. 42 del decreto 3541 de 1983 y al artículo 411 del E.T, no estoy obligado (a) a presentar factura de venta.

Informe Cumplimiento de Obligaciones

Profesional de Coordinación Metodológica y de Seguimiento – *Carlos Eduardo Escandón Vargas*

Proyecto " Transformación de la Participación Social para MÁS Bienestar - Convenio de Asociación No. 8437150 De 2025"
Periodo de Cobro: 16 al 30 de octubre de 2025

Introducción

Las obligaciones abajo descritas hacen parte de las actividades necesarias para el cumplimiento de los resultados esperados en el marco del convenio de asociación No. 8437150 de 2025, entre la Secretaría Distrital de Salud y la Fundación Solidaridad por Colombia. El informe da cuenta del avance en cada una de ellas por parte de cada profesional. El convenio está enmarcado en la Estrategia de la Secretaría de Salud ALI-HADAS POR MÁS BIENESTAR, y el proyecto se denomina "Transformación de la Participación Social para MÁS Bienestar".

Obligación Específica	Actividades realizadas durante el periodo
1. Coordinar con la Dirección General, alineando cronogramas, avances y riesgos metodológicos, y participar activamente en los comités técnico-administrativos.	- Participé en el Comité Técnico No. 1, realizado el día lunes 20 de octubre, en el cual se llevó a cabo la socialización del documento metodológico y del documento de caracterización territorial previstos para su implementación en el marco del proyecto. - He asistido y liderado reuniones de coordinación y alistamiento operativo con los equipos de coordinación general, gestión y facilitación territorial, atendiendo los requerimientos definidos por la coordinación general y garantizando el cumplimiento del cronograma establecido para el desarrollo del proyecto.
2. Desarrollar, socializar con la SDS y presentar informe definitivo de la caracterización de las mujeres cuidadoras.	- Durante el desarrollo del Comité Técnico No. 1, socialicé la metodología de caracterización territorial dirigida a personas cuidadoras, en el marco de los productos entregables del proyecto. Actualmente, se encuentra en ejecución la implementación de dicha caracterización, la cual constituye un insumo fundamental para el desarrollo de los talleres del proceso formativo con personas cuidadoras.
3. Diseñar e implementar la metodología de sistematización del convenio, definiendo criterios, fuentes, herramientas y cronograma de sistematización para cada componente	- Se avanzó, con el acompañamiento del apoyo a la coordinación metodológica, en el diseño de los formatos de sistematización correspondientes a los talleres del proceso formativo con personas cuidadoras.

(formación, redes de apoyo, observatorio, etc.).	- Se definieron los criterios y lineamientos para la recolección de la información por parte del equipo de facilitación y gestión territorial durante el desarrollo de los talleres del proceso de formación. - Se encuentra en proceso de elaboración el documento final que soportará la metodología de sistematización aplicable a cada uno de los componentes del proyecto.
4. Formular metodologías pedagógicas para los procesos de formación así: a) Curso de vocería en Participación Social Transformadora. b) Talleres de formación en participación y liderazgo social transformador en salud dirigidos a cuidadoras. c) Congreso de sororidad	- Se elaboró la metodología pedagógica para los Talleres de Formación en Participación y Liderazgo Social Transformador en Salud, dirigidos a personas cuidadoras, en el marco de los objetivos formativos del proyecto. - Se encuentra en proceso de elaboración la metodología pedagógica correspondiente al Curso de Vocería en Participación Social Transformadora y al Congreso de Sororidad, los cuales complementan el componente formativo orientado al fortalecimiento de capacidades y liderazgos territoriales.
5. Diseñar el Programa de Vigías Comunitarias, elaborando los documentos de diseño (parcial y final) que describen estructura, actores, flujo de información.	- Se encuentra en proceso de diseño el Programa de Vigías Comunitarias.
6. Establecer los criterios y metodología para la conformación de las Redes de Apoyo.	- Se han socializado orientaciones e indicaciones preliminares como parte de los criterios a considerar durante el desarrollo de los talleres orientados a la conformación de las Redes de Apoyo. La metodología correspondiente se encuentra actualmente en proceso de diseño y validación.
7. Capacitar y acompañar al equipo técnico y facilitadores: planificar y ejecutar sesiones de inducción en la metodología, uso de instrumentos y criterios de calidad y brindar asistencia técnica permanente y retroalimentación.	- Se proyecta la realización de una reunión de balance parcial sobre el desarrollo de los talleres, el día 31 de octubre, con el objetivo de analizar los avances, identificar aprendizajes y revisar posibles ajustes en el abordaje metodológico de los talleres de formación con personas cuidadoras. - Se llevó a cabo la reunión de socialización y capacitación sobre la guía metodológica y los materiales para el desarrollo de los talleres, el día lunes 27 de octubre, con participación del equipo de gestión y facilitación territorial. - El día 24 de octubre se realizó la reunión de capacitación sobre los componentes del Modelo de

	Atención en Salud, liderada por la Secretaría Distrital de Salud (SDS), en la cual también se abordaron aspectos operativos y logísticos relacionados con el desarrollo de los talleres de formación con personas cuidadoras. - Se desarrollaron jornadas de alistamiento y revisión de avances en la gestión territorial los días 17 y 21 de octubre, con participación del equipo de facilitadores/as y gestores/as, orientadas a fortalecer la planificación y articulación para la implementación de las acciones en territorio.
8. Sistematizar aprendizajes y buenas prácticas: producir un Documento de Sistematización de la Experiencia que incluya hallazgos, innovaciones, retos y recomendaciones para la estrategia MAS Bienestar.	- La sistematización de aprendizajes y buenas prácticas, orientada a la elaboración del Documento de Sistematización de la Experiencia, se encuentra en proceso de desarrollo, a partir de los insumos recolectados durante la ejecución de los talleres.
9. Contribuir a la gestión documental del proyecto (consolidación del archivo de acuerdo a protocolo de la SDS)	- Se han brindado orientaciones al equipo de trabajo relacionadas con el diligenciamiento de los formatos para la recolección de información y la gestión documental del proyecto
10. Presentar informes técnicos y productos en los plazos acordados. Entregar productos parciales y finales (metodologías, caracterización, sistematización, observatorio, evaluación) con calidad técnica y formatos oficiales.	Se presentaron los productos desarrollados en el marco del proyecto, los cuales comprenden: - Guía metodológica para la caracterización territorial. - Guía metodológica para el desarrollo de los talleres del proceso formativo. - Cronograma general de actividades y de desarrollo de los talleres. - Materiales pedagógicos para la implementación de los talleres. - Formatos para la recolección de aportes, evaluación del proceso formativo e identificación de actores y dinámicas territoriales, como insumo para la sistematización de la experiencia y la elaboración de los documentos de Redes de Apoyo, el Congreso y el Taller de Vocería.

Conclusión.

Durante el periodo reportado se avanzó en la implementación de los componentes metodológicos, formativos y operativos del proyecto. Se realizaron espacios de coordinación y seguimiento, así como la socialización y puesta en marcha de la metodología de caracterización territorial, y de los talleres que hacen parte del proceso formativo con personas cuidadoras.

Se elaboraron y presentaron los principales productos técnicos y metodológicos, entre ellos las guías, cronogramas, materiales pedagógicos y formatos para la recolección de información, que soportan la gestión territorial del equipo de facilitadores/as y gestores/as. De igual manera, se vienen implementando los primeros talleres en algunas de las localidades de Bogotá, y se ha avanzado de forma paralela en la elaboración de los documentos de las metodologías para el Curso de Vocería y la sistematización de la experiencia.

El cumplimiento de las obligaciones del mes se dio en coherencia con los principios misionales de la Fundación y con los objetivos del proyecto, contribuyendo a una implementación rigurosa, sensible y transformadora.

ELABORADO POR:



CARLOS EDUARDO ESCANDÓN VARGAS
C.C 1032452283 de Bogotá
Profesional de Coordinación Metodológica y de Seguimiento

REVISADO POR:

MAGDA LILIANA GONZALEZ SANDOVAL
Coordinadora general

compensar | miplanilla.com

PLANILLA INTEGRADA DE AUTOLIQUIDACION DE APORTES

DATOS DEL APORTANTE						
TIPO	NÚMERO	NOMBRE APORTANTE	DIRECCIÓN	TELÉFONO	CORREO	EXONERADO PAGO PARAFISCALES Y SALUD
CC	1032452283	CARLOS EDUARDO ESCANDON VARGAS	Calle 59 A bis N 5 13	0000000	CARLOS.ESCANDON15@HOTMAIL.COM	
FORMA PRESENTACIÓN	CLASE APORTANTE	NOMBRE SUCURSAL / CÓDIGO	DEPARTAMENTO	CIUDAD / MUNICIPIO		
ÚNICA	I – Independiente		BOGOTÁ D. C.	BOGOTÁ, D.C.		NO

DATOS DE LA PLANILLA						
PLANILLA ASOCIADA	FECHA PAGO ASOCIADA (DIA/MES/AÑO)	TIPO PLANILLA	FECHA PAGO (DIA/MES/AÑO)	NÚMERO PLANILLA	CANTIDAD EMPLEADOS	CANTIDAD UPC
					1	0
PERIODO SALUD	PERIODO PENSIONES				TOTAL A PAGAR	
2025-10	2025-10	I		91018233	$206.700	

TOTALES POR SUBSISTEMAS

TOTALES SALUD

Código EPS	Nombre	NIT	Cotización Obligatoria	UPC Adicional	Incapacidades		Licencia Maternidad		Días Mora	Valor Mora Cotización	Valor Mora UPC	Total a Pagar	No. Afiliados
					No. Autorización	Valor	No. Autorización	Valor					
EPS008	Compensar EPS	860066942-7	89.000	0		0		0	0	0	0	89.000	1

TOTALES PENSIÓN

Código AFP	Nombre	NIT	Cotización Obligatoria	Aporte Voluntario Afiliado	Aporte Voluntario Aportante	Aporte FSP - Solidaridad	Aporte FSP - Subsistencia	Días Mora	Valor Mora Cotización	Valor Mora FSP	Total a Pagar	No. Afiliados
230901	Skandia Pensiones Obligatorias	800253055-2	113.900	0	0	0	0	0	0		113.900	1

TOTALES RIESGOS LABORALES

Código ARL	Nombre	NIT	Cotización Obligatoria	Incapacidades		Aportes Otros Sistemas	Valor Neto Cotización	Días Mora	Valor Mora Cotización	Subtotal Cotización	No. Radicado Saldo a Favor	Valor Saldo a Favor	Fondo Solidaridad	Total a Pagar	No. Afiliados
				No. Autorización	Valor										
14-23	Positiva Seguros	860011153-6	3.800				3.800	0	0	3.800			38	3.800	1

TOTALES CAJAS

Código CCF	Nombre	NIT	Valor Aporte	Días Mora	Valor Mora Aporte	Total a Pagar	No. Afiliados

TOTALES PARAFISCALES

Valor Aporte	Días Mora	Valor Mora Aporte	Total a Pagar	No. Afiliados
SENA				
0	0	0	0	0
ICBF				
0	0	0	0	0
ESAP				
MEN				

TOTALES POR SUBSISTEMA

Tipo Administradora	No. Administradoras Reportadas	Valor antes de IGE, LMA, IRP y Mora	Total a Pagar
Salud	1	89.000	89.000
Pensión	1	113.900	113.900
Riesgos Laborales	1	3.800	3.800
CCF	0	0	0
ESAP	0	0	0
ICBF	0	0	0
MEN	0	0	0
SENA	0	0	0
TOTALES	3	206.700	206.700

Este documento está clasificado como PRIVADO por parte de Compensar Operador de Información

compensar | miplanilla.com

PLANILLA INTEGRADA DE AUTOLIQUIDACION DE APORTES

DATOS DEL APORTANTE						
TIPO	**NÚMERO**	**NOMBRE APORTANTE**	**DIRECCIÓN**	**TELÉFONO**	**CORREO**	**EXONERADO PAGO PARAFISCALES Y SALUD**
CC	1032452283	CARLOS EDUARDO ESCANDON VARGAS	Calle 59 A bis N 5 13	0000000	CARLOS.ESCANDON15@HOTMAIL.COM	
FORMA PRESENTACIÓN	**CLASE APORTANTE**	**NOMBRE SUCURSAL** / **CÓDIGO**	**DEPARTAMENTO**	**CIUDAD / MUNICIPIO**		
ÚNICA	I – Independiente		BOGOTÁ D. C.	BOGOTÁ, D.C.		NO

DATOS DE LA PLANILLA						
PLANILLA ASOCIADA	**FECHA PAGO ASOCIADA (DIA/MES/AÑO)**	**TIPO PLANILLA**	**FECHA PAGO (DIA/MES/AÑO)**	**NÚMERO PLANILLA**	**CANTIDAD**	
					EMPLEADOS	**UPC**
					1	0
PERIODO SALUD	**PERIODO PENSIONES**				**TOTAL A PAGAR**	
2025-10	2025-10	I		91018233	$206.700	

DETALLE POR COTIZANTE

INFORMACIÓN COTIZANTE									INFORMACIÓN NOVEDADES																PENSIÓN							SALUD			RIESGOS LABORALES				CCF			PARAFISCALES				
No.	**Tipo**	**No. de Identificación**	**Apellidos y Nombres**	**Cotizante**	**Subtipo**	**Extranjero**	**Colom. exterior**	**Exonerado**	**ING**	**RET**	**TDE**	**TAE**	**TDP**	**TAP**	**VSP**	**VST**	**SLN**	**IGE**	**LMA**	**VAC**	**AVP**	**VCT**	**IRL**	**CORRECCIÓN**	**Cód. AFP**	**IBC AFP**	**Cotización**	**Voluntario Afiliado**	**Voluntario Aportante**	**Fondo pensional de solidaridad**	**Fondo pensional de subsistencia**	**Cód. EPS**	**IBC EPS**	**Cotización / Valor UPC**	**Cód. ARL**	**IBC ARL**	**Clase de Riesgo**	**Cotización**	**Código CCF**	**IBC CCF**	**Aporte CCF**	**IBC otros parafiscales**	**Aporte SENA**	**Aporte ICBF**	**Aporte ESAP**	**Aporte MEN**
1	CC	1032452283	ESCANDON VARGAS CARLOS EDUARDO	59	0			N	X																230901	711.750	113.900	0	0	0	0	EPS008	711.750	89.000	14-23	711.750	1	3.800		0	0	0	0	0	0	0

Este documento está clasificado como PRIVADO por parte de Compensar Operador de Información

DIAN

Formulario del Registro Único Tributario

001

2. Concepto 1 3 Actualización de oficio

4. Número de formulario 141100467661

(415)7707212489984(8020) 000014110046766 1

5. Número de Identificación Tributaria (NIT)	6. DV	12. Dirección seccional	14. Buzón electrónico
1 0 3 2 4 5 2 2 8 3	4	Impuestos de Bogotá 3 2	

IDENTIFICACIÓN

24. Tipo de contribuyente	25. Tipo de documento	26. Número de Identificación	
Persona natural o sucesión ilíquida 2	Cédula de Ciudadanía 1 3	1 0 3 2 4 5 2 2 8 3	

Lugar de expedición / 28. País	29. Departamento	30. Ciudad/Municipio
COLOMBIA 1 6 9	Bogotá D.C. 1 1	Bogotá, D.C. 0 0 1

31. Primer apellido	32. Segundo apellido	33. Primer nombre	34. Otros nombres
ESCANDON	VARGAS	CARLOS	EDUARDO

35. Razón social

36. Nombre comercial	37. Sigla

UBICACIÓN

38. País	39. Departamento	40. Ciudad/Municipio
COLOMBIA 1 6 9	Bogotá D.C. 1 1	Bogotá, D.C. 0 0 1

41. Dirección principal: CL 59 A BIS 5 13 AP 105

42. Correo electrónico: carlos.escandon15@hotmail.com

43. Código postal	44. Teléfono 1	45. Teléfono 2
	3 0 2 3 8 3 9 9 1 6	

CLASIFICACIÓN

Actividad económica				Ocupación	
Actividad principal		Actividad secundaria		Otras actividades			
46. Código	47. Fecha inicio actividad	48. Código	49. Fecha inicio actividad	50. Código 1	2	51. Código	52. Número establecimientos
7 4 9 0	2 0 2 1 1 1 2 9	8 2 9 9	2 0 2 3 0 2 0 3				

Responsabilidades, Calidades y Atributos

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26
53. Código 5	4 9																								

05- Impto. renta y compl. régimen ordinar

49 - No responsable de IVA

Usuarios aduaneros										Exportadores					
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	55. Forma	56. Tipo	Servicio	1	2	3
54. Código												57. Modo			
11	12	13	14	15	16	17	18	19	20			58. CPC			

IMPORTANTE: Sin perjuicio de las actualizaciones a que haya lugar, la inscripción en el Registro Único Tributario -RUT-, tendrá vigencia indefinida y en consecuencia no se exigirá su renovación

Para uso exclusivo de la DIAN

59. Anexos SI [ ] NO [X] 60. No. de Folios: 0

La información suministrada a través del formulario oficial de inscripción, actualización, suspensión y cancelación del Registro Único Tributario (RUT), deberá ser exacta y veraz; en caso de constatar inexactitud en alguno de los datos suministrados se adelantarán los procedimientos administrativos sancionatorios o de suspensión, según el caso, Parágrafo del artículo 1.6.1.2.6 del Decreto 1625 del 2016. De igual manera al formalizar el trámite el usuario fue informado y acepta la política de tratamiento de datos ley 1581 de 2012.

Firma del solicitante:

Sin perjuicio de las verificaciones que la DIAN realice.

Firma autorizada:

984. Nombre ACTUACIÓN DE OFICIO AUTOMÁTICA

985. Cargo

COPIA CERTIFICADO DOCUMENTO SIN COSTO

Banco Davivienda S.A.

CERTIFICADO

BOGOTA, D.C., **31/10/2025**
BOGOTA, D.C.,
COLOMBIA,
A quien interese

Por medio de la presente hacemos constar que **el señor CARLOS EDUARDO ESCANDON VARGAS** con **Cédula de Ciudadanía** número **1032452283**

Posee en el banco Davivienda:

CUENTA DE AHORROS DAMAS

Número	**0550488423523411**
Fecha de apertura	**02/09/2021**

Cordialmente,

BANCO DAVIVIENDA

VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA