



SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E
APOYO - GESTIÓN DE CONTRATACIÓN
FORMATO INFORME DE EJECUCIÓN DE ACTIVIDADES DEL CONTRATO DE
PRESTACIÓN DE SERVICIOS Y DE APOYO A LA GESTIÓN

CÓDIGO: AP-IA-FT-077
 VERSIÓN: 2
 FECHA: 2024-09-16

CELEBRADO ENTRE LA SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E Y

JESUS QUERAGAMA CAMPO

NÚMERO DE DOCUMENTO DE IDENTIDAD: 11.600.370

OBJETO DEL CONTRATO: PRESTAR SERVICIOS COMO GESTOR ETNICO 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 5182 2024	FECHA INICIO CONTRATO	24/10/2024
VALOR INICIAL DEL CONTRATO	\$ 2.460.272	PLAZO INICIAL DEL CONTRATO	UN (1) MES Y DIEZ (10) DIAS
VALOR TOTAL DEL CONTRATO INCLUIDO ADICIONES:	\$ 6.704.241	VALOR DE HONORARIOS PERÍODO A CERTIFICAR:	\$ 1.845.204
Nº DE INFORME:	5	Nº CRP:	44708
		Nº CDP:	3662
PLAZO TOTAL DEL CONTRATO INCLUIDO PROROGAS	TRES (3) MESES Y DIECINUEVE (19) 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. MODIFICACIONES CONTRACTUALES

Nº DE MODIFICACIONES DEL CONTRATO:	3	TIPO DE MODIFICACIÓN	ADICIONES	3	PROROGAS	3
VALOR ADICIONADO	\$ 553.561	CDP DE LA ADICIÓN:	4053	CRP DE LA ADICIÓN:	49662	TIEMPO PROROGADO: NUEVE (9) DIAS
VALOR ADICIONADO	\$ 1.845.204	CDP DE LA ADICIÓN:	4120	CRP DE LA ADICIÓN:	50768	TIEMPO PROROGADO: UN (1) MES
VALOR ADICIONADO	\$ 1.845.204	CDP DE LA ADICIÓN:	46	CRP DE LA ADICIÓN:		TIEMPO PROROGADO: UN (1) MES

III. POLIZAS

¿FACTÓ POLIZAS EN SU CONTRATO? SI NO X

Nº DE PÓLIZA: NOMBRE DE LA ASEGURADORA:

FECHA DE LA PÓLIZA: FECHA DE APROBACIÓN:

IV. 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)

ITEM	DESCRIPCIÓN
1	DESARROLLO DE ACCIONES POR MEDIO DE GESTIÓN COMUNITARIA YA SEA A NIVEL INDIVIDUAL FAMILIAR Y COMUNITARIO DE ACUERDO CON LAS INTERVENCIÓNES ESPECIFICAS DEL PRODUCTO 37 Y38
2	REALIZAR ACTIVIDADES Y SOPORTES ENMARCADOS EN LOS LINEAMIENTOS DEL EQUIPO BASICO EXTRAMURAL HOGAR
3	DESARROLLAR ACCIONES DE MANERA EFECTIVA Y CON CALIDAD PARA APUNTA EL MEJORAMIENTO TENIENDO EN MENTE LAS CONSIGNAS QUE DAN LOS LINEAMIENTOS DEL EQUIPO BASICO EXTRAMURAL HOGAR
4	DESARROLLAR LA LECTURA Y APROPIACIÓN DE LOS CONCEPTOS ESTABLECIDOS EN EL DOCUMENTO OPERATIVO DE LA ACCION INTEGRAIDA DEL EQUIPO BASICO EXTRAMURAL HOGAR
5	DESARROLLARA AVIONES A PARTIR DE LOS RIESGOS IDENTIFICADOS EN LA POBLACIÓN EMBERA CON FORME A LOS ANEXOS Y LINEAMIENTOS TECNICOS QUE HACEN PARTE DEL PS PIC
6	REALIZAR ACCIONES DE PROMOCIÓN Y PREVENION DE LA SALUD EN LAS FAMILIAS EMBERA
7	REALIZAR EVALUACION CON LA COMUNIDAD E INSTITUCIONES PARA EL DESARROLLO DE ACCIONES DE CADA ESPACIO PROCESO TRANSVERSAL PS PIC
8	ORGANIZAR LOS SOPORTES PARA LA GESTION DOCUMENTAL
9	ENTREGA DE SOPORTES DE LAS ACCIONES REALIZADAS

V. INFORMACIÓN DE APORTES A SEGURIDAD SOCIAL

No. DE PLANILLA:	1068684358	OPERADOR:	SIMPLE
CONCEPTO DEL PAGO	ENTIDAD	FECHA DE PAGO	VALOR PAGADO
SALUD:	CAPITAL SALUD	02/01/2025	\$ 162.500
PENSIÓN:	COLPENSIONES	02/01/2025	\$ 208.000
RIESGOS LABORALES:	BOLIVAR	02/01/2025	\$ 31.700
OTRO			
TOTAL PAGADO			\$ 402.200

VI. 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 calculo sobre el 40% de los ingresos cancelados del mes anterior pago del cual anexo copia simple, sin que en ningun caso el JBC sea menor a 1 SMMLV (de ser el primer pago adjunto certificaciones de afiliacion a eps, arl, pensión, 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

JESUS QUERAGAMA CAMPO
JESUS QUERAGAMA CAMPO
 NOMBRE Y FIRMA DEL CONTRATISTA
 CC: 11.600.370
 CEL: 3222165004

 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 CUENTA DE COBRO CONTRATO DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS Y DE APOYO A LA GESTIÓN		CÓDIGO: AP-IA-FT-014 VERSIÓN: 6 FECHA: 2024-09-16	
DATOS DEL CONTRATISTA					
FECHA DE DILIGENCIAMIENTO: 31/01/2025					
NOMBRES Y APELLIDOS:	JESUS QUERAGAMA CAMPO			CC:	11.600.370
CORREO ELECTRÓNICO:	jqueragama.subredcentroorient@gmail.com			RUT (NIT):	
DIRECCIÓN DOMICILIO:	CALLE 4 14-14			TELÉFONO:	3222165004
				CIUDAD:	BOGOTÁ
Manifiesto bajo la gravedad del juramento que, en la declaración de renta del año gravable 2024.					
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 párrafo 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.					
Regimen 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:	DAVIVIENDA		TIPO DE CUENTA:	AHORROS	Nº CUENTA:
NOMBRE DEL BANCO (APLICA CUANDO EL BANCO NO SE ENCUENTRE EN LA LISTA DESPLEGABLE)					488403357665
NÚMERO DEL CONTRATO Y DATOS DE LA ÚLTIMA ADICIÓN (PERIODO OBJETO DE PAGO)					
Nº DEL CONTRATO:	PS 5182 2024	Nº CDP:	3662	NºCRP:	44708
		FECHA DE TERMINACIÓN CONTRATO:	9/02/2025		PLAZO DEL CONTRATO INCLUIDAS PRORROGAS:
FECHA DE INICIO CONTRATO	24/10/2024				TRES (3) MESES Y DIECINUEVE (19) DIAS
PERIODO OBJETO DE COBRO:	01/01/2025 AL 31/01/2025				
VALOR A PAGAR CORRESPONDIENTE AL PERIODO OBJETO DE COBRO EN (LETRAS Y NUMEROS)	\$ 1.845.204				
	UN MILLON OCHOCIENTOS CUARENTA Y CINCO MIL DOSCIENTOS CUATRO PESOS M/CTE				
Jesus Queragama Campo NOMBRE: JESUS QUERAGAMA CAMPO CC 11.600.370 CEL 3222165004					

		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: 6 FECHA: 2024-09-16	
DATOS DEL CONTRATISTA					
FECHA DE DILIGENCIAMIENTO: 31/01/2025					
NOMBRES Y APELLIDOS:	JESUS QUERAGAMA CAMPO			CC:	11.600.370
CORREO ELECTRÓNICO:	jqueragama.subredcentroorientegmail.com			RUT (NIT):	
DIRECCIÓN DOMICILIO:	CALLE 4 14-14			TELÉFONO:	3222165004
				CIUDAD:	BOGOTÁ
Manifiesto bajo la gravedad del juramento que, en la declaración de renta del año gravable 2024.					
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.					
Regimen 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:	DAVIVIENDA		TIPO DE CUENTA:	AHORROS	Nº CUENTA:
NOMBRE DEL BANCO (APLICA CUANDO EL BANCO NO SE ENCUENTRE EN LA LISTA DESPLEGABLE)					488403357665
NÚMERO DEL CONTRATO Y DATOS DE LA ÚLTIMA ADICIÓN (PERIODO OBJETO DE PAGO)					
Nº DEL CONTRATO:	PS 5182 2024	Nº CDP:	46	NºCRP:	
					PLAZO DEL CONTRATO INCLUIDAS PRORROGAS: TRES (3) MESES Y DIECINUEVE (19) DIAS
FECHA DE INICIO CONTRATO	24/10/2024	FECHA DE TERMINACIÓN CONTRATO:	9/02/2025		VALOR TOTAL DEL CONTRATO INCLUIDO ADICIONES : \$ 6.704.241
PERIODO OBJETO DE COBRO:	01/01/2025 AL 31/01/2025				
VALOR A PAGAR CORRESPONDIENTE AL PERIODO OBJETO DE COBRO EN (LETRAS Y NÚMEROS)	\$ 1.845.204				
	UN MILLON OCHOCIENTOS CUARENTA Y CINCO MIL DOSCIENTOS CUATRO PESOS M/CTE				
<u>JESUS QUERAGAMA CAMPO</u> NOMBRE: JESUS QUERAGAMA CAMPO CC 11.600.370 CEL 3222165004					





SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E
APOYO - GESTION DE CONTRATACION
FORMATO INFORME DE SUPERVISION CONTRATO DE PRESTACION DE SERVICIOS Y
APOYO A LA GESTION

CÓDIGO: AP-IA-FT-078
 VERSIÓN: 2
 FECHA: 2024-09-16

CELEBRADO ENTRE LA SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E Y

NOMBRE DEL CONTRATISTA JESUS QUERAGAMA CAMPO

NÚMERO DOCUMENTO DE IDENTIDAD 11.600.370

I. INFORMACION GENERAL DEL CONTRATO DE PRESTACION DE SERVICIOS

OBJETO DEL CONTRATO: PRESTAR SERVICIOS COMO GESTOR ETNICO 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 5182 2024 **FECHA INICIO CONTRATO** 24/10/2024

VALOR INICIAL DEL CONTRATO \$ 2.460.272

VALOR TOTAL DEL CONTRATO INCLUIDO ADICIONES: \$ 6.704.241 **VALOR DE HONORARIOS PERÍODO A CERTIFICAR:** \$ 1.845.204

Nº PAGO / Nº DE INFORME: 5 **Nº CRP INICIAL:** 44708 **Nº CDP INICIAL DEL CONTRATO** 3662

PLAZO DEL CONTRATO INCLUYENDO PRORROGAS TRES (3) MESES Y DIECINUEVE (19) DIAS

Nº DE PLANILLA DE PAGO DE SEGURIDAD SOCIAL: 1068684358 **OPERADOR:** SIMPLE

PROCESO EN DONDE SE EJECUTARON LAS ACTIVIDADES: CONVENIO MAS BIENESTAR - DIRECCIÓN DE GESTIÓN INTEGRAL DEL RIESGO EN SALUD

UNIDAD FUNCIONAL DE EJECUCIÓN DE ACTIVIDADES: SA2 SEDE ADMINISTRATIVA SAN JOSE OBRERO

NOMBRE DEL SUPERVISOR: LORENZA BECERRA CAMARGO - DIRECTOR TECNICO CODIGO 009 GRADO 05

II. MODIFICACIONES CONTRACTUALES

Nº DE MODIFICACIÓN:	Nº (3)	TIPO DE MODIFICACIÓN (ADICION - PRÓRROGA):				ADICION (3)	PRORROGA (3)
VALOR ADICIONADO	\$ 553.561	CDP DE LA	4053	RP DE LA	49662	TIEMPO	NUEVE (9) DIAS
VALOR ADICIONADO	\$ 1.845.204	CDP DE LA	4120	RP DE LA	50768	TIEMPO	UN (1) MES
VALOR ADICIONADO	\$ 1.845.204	CDP DE LA	46	RP DE LA		TIEMPO	UN (1) MES

III. POLIZAS (SI APLICA)

¿PACTÓ POLIZAS EN SU CONTRATO? SI NO X

Nº DE PÓLIZA: **NOMBRE DE LA ASEGURADORA:**

FECHA DE LA POLIZA **ACTO ADMINISTRATIVO DE**

IV. VERIFICACION DE ACTIVIDADES DESARROLLADAS

SE VERIFICA QUE QUE HA CUMPLIDO CON LAS ACTIVIDADES ASIGNADAS DURANTE EL MES O PERIODO LABORADO Y SE APRUEBA PARA EL PAGO RESPECTIVO.

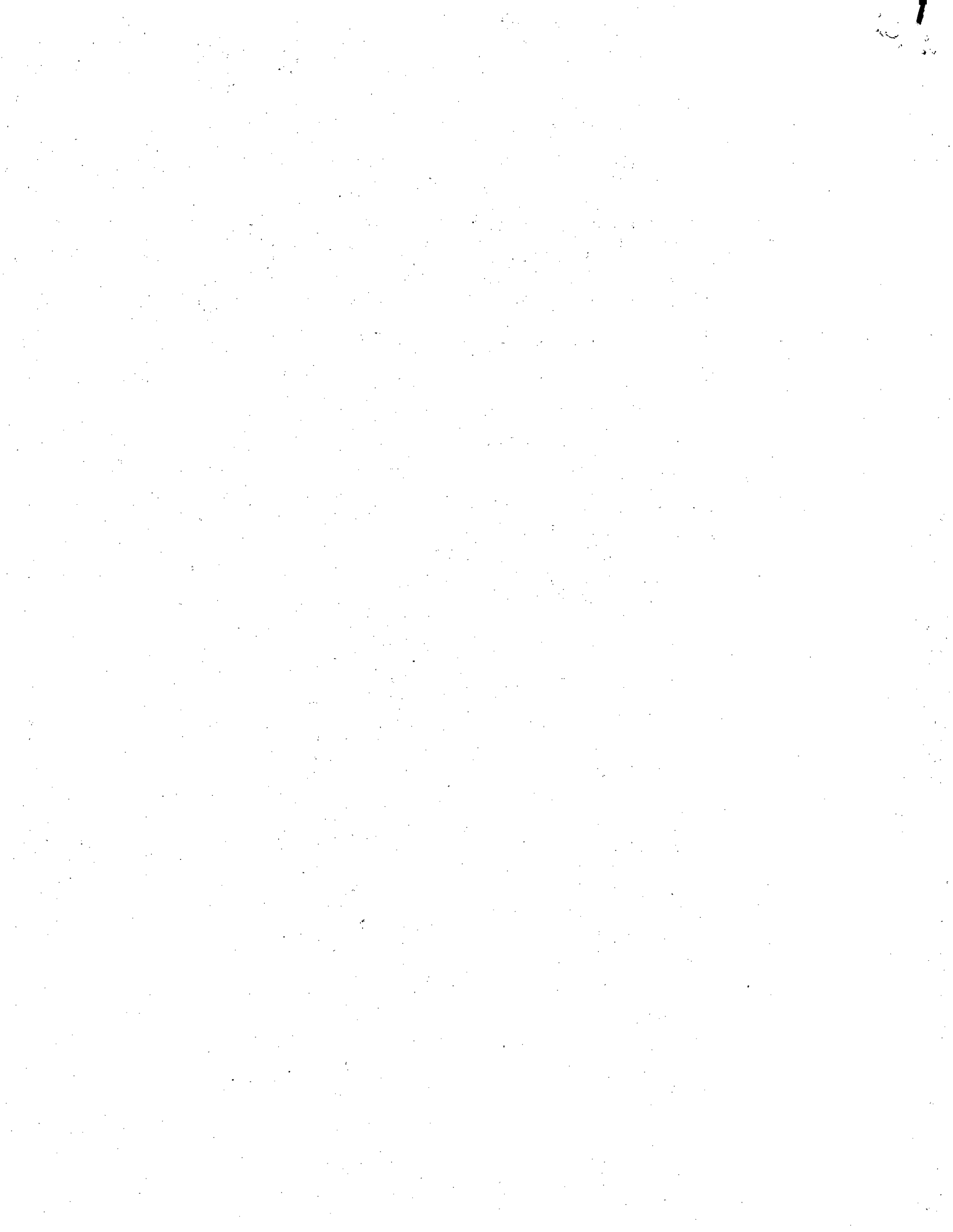
ITEM	CUMPLIMIENTO DE REQUISITOS	SI	NO
1	¿El contrato se encuentra debidamente legalizado?	X	
2	¿El contratista autorizó que los impuestos que debe cancelar para la legalización del mencionado contrato le sean descontados del valor a cancelar como consta en la declaración del informe de ejecución de actividades?	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 cláusula "Forma de Pago, **CERTIFICO** el cumplimiento de las obligaciones pactadas con el contratista, para el pago correspondiente al periodo del 01/01/2025 AL 31/01/2025

FIRMA DE QUIEN CONVALIDA EL CUMPLIMIENTO DE LAS OBLIGACIONES PARA EL PRESENTE PERIODO DE PAGO:

NOMBRE Y FIRMA DEL SUPERVISOR:
 LORENZA BECERRA CAMARGO
 CARGO: DIRECTOR TECNICO CODIGO 009 GRADO 05

NOMBRE Y FIRMA APOYO TECNICO DEL SUPERVISOR:
 LILIANA TELLEZ VALBUENA
 PROFESIONAL ESPECIALIZADO, LIDER CONVENIO MAS BIENESTAR



Simple.

PAGOSIMPLE |

AUTOLIQUIDACION CONSOLIDADA

Fecha creación reporte: 2025-01-02, 03:47:10 PM

Tipo Planilla:

I: PLANILLA INDEPENDIENTES

Número Planilla: 1068684358

Periodo Cotización:

diciembre de 2024

Periodo Servicio:

diciembre de 2024

Referencia pago (PIN): 8837907640

PAGADO 02/01/2025

I. DATOS DEL APORTANTE

Table with 4 columns: Razón Social, Documento, Tipo de Empresa, Tipo Persona, Ciudad, Representante Legal, Total Afiliados, Dirección, Teléfono, Forma Presentación, Departamento, Identificación, ARP.

II. DETALLE DEL APORTANTE

Table with columns: Datos del Afiliado, Novedades, Pensiones, Salud, Riesgos, Cajas, Parafiscales, Total. Includes detailed breakdown for affiliation C 11600370.

III. TOTALES

Summary table with columns: IBC Pensión, IBC Salud, IBC Riesgos, IBC Cajas, Aportes Pensión, Aportes Salud, Aportes Riesgos, Aportes Cajas, Aportes Sena, Aportes ICBF, Aportes ESAP, Aportes Min Educación, Incapacidades, Licencias, Salidas a Favor EPS, Incapacidades ARP, SUBTOTAL SIN INTERESES DE MORA, TOTAL INTERESES DE MORA, TOTAL FINAL.



