

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

SANDRA YANETH CASTELLANOS SUAREZ

NÚMERO DE DOCUMENTO DE IDENTIDAD:		52.056.701			
OBJETO DEL CONTRATO:		PRESTAR SERVICIOS COMO PROFESIONAL EN ENFERMERIA 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 5426 2024		FECHA INICIO CONTRATO	30/10/2024
VALOR INICIAL DEL CONTRATO	\$	4.531.146	PLAZO INICIAL DEL CONTRATO	UN (1) MES Y CUATRO (4) DIAS	
VALOR TOTAL DEL CONTRATO INCLUIDO ADICIONES:	\$	13.726.707	VALOR DE HONORARIOS PERÍODO A CERTIFICAR:	\$	3.998.070
Nº DE INFORME:	5	Nº CRP:	44961	Nº CDP:	3662
PLAZO TOTAL DEL CONTRATO INCLUIDO PRORROGAS	TRES (3) MESES Y TRECE (13) 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	PRORROGAS	3	
VALOR ADICIONADO	\$	1.199.421	CDP DE LA ADICIÓN:	4053	CRP DE LA ADICIÓN:	49741	TIEMPO PRORROGADO: NUEVE(9) DIAS
VALOR ADICIONADO	\$	3.998.070	CDP DE LA ADICIÓN:	4120	CRP DE LA ADICIÓN:	50842	TIEMPO PRORROGADO: UN (1) MES
VALOR ADICIONADO	\$	3.998.070	CDP DE LA ADICIÓN:	46	CRP DE LA ADICIÓN:		TIEMPO PRORROGADO: UN (1) MES

III. POLIZAS

¿PACTÓ 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 PERÍODO, 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	SE REALIZA SEGUIMIENTO A USUARIOS CRÓNICOS CON PATOLOGÍAS DE BASE TALES COMO HIPERTENSIÓN ARTERIAL, DIABETES Y EPOC.
2	SE REALIZA SEGUIMIENTO A PACIENTES MENOS DE CINCO AÑOS CON ALERTA DE IRA - ERA
3	SE REALIZA SEGUIMIENTO EN CAMPO A USUARIOS DERIVADOS POR PROMOTORES
4	REGISTRO EN APLICATIVO DE LOS SEGUIMIENTOS REALIZADOS DANDO CUMPLIMIENTOS A LINEAMIENTOS
5	SE REALIZA AGENDAMIENTO EN TIEMPO REAL A USUARIOS DE CAPITAL SALUD SEGÚN NECESIDAD
6	DILIGENCIAMIENTOS DE FORMATO DE CANALIZACIONES PARA PACIENTES SIN CONTROLES DE OTRAS EAPBS
7	DILIGENCIAMIENTO COMPLETO DE FORMATO AL MOMENTO DE CULMINAR SEGUIMIENTO EN FAMILIA
8	ASISTENCIA A REUNIONES CONVOCADAS POR LOS PROFESIONALES DE APOYO
9	ASISTENCIA A PREAUDITORIA CON FORMATOS Y BASE PLENAMENTE DILIGENCIADA
10	SE REALIZA DERIVACIÓN A USUARIO ÍNDICE SEGÚN NECESIDAD

V. INFORMACIÓN DE APORTES A SEGURIDAD SOCIAL

No. DE PLANILLA:	1069588625 - 1069809936	OPERADOR:	SIMPLE
CONCEPTO DEL PAGO	ENTIDAD	FECHA DE PAGO	VALOR PAGADO
SALUD:	SURA	13/01/2025 - 22/01/2025	\$ 165.400
PENSIÓN:	COLPENSIONES	13/01/2025 - 22/01/2025	\$ 211.700
RIESGOS LABORALES:	AXA COLPATRIA	13/01/2025 - 22/01/2025	\$ 32.300
OTRO	MORA	13/01/2025 - 22/01/2025	\$ 3.300
TOTAL PAGADO			\$ 412.700

VI. DECLARACIONES DEL CONTRATISTA



- 1.- Que desarrolló las actividades descritas en el informe anexo, dentro del período de cobro.
- 2.- Que realizó 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 afiliación 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

SANDRA YANETH CASTELLANOS SUAREZ
NOMBRE Y FIRMA DEL CONTRATISTA
 CC: 52.056.701
 CEL: 3118108552

		SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E APOYO – GESTION DE CONTRATACION FORMATO CUENTA DE COBRO CONTRATO DE PRESTACION DE SERVICIOS Y DE APOYO A LA GESTION		CÓDIGO: AP-IA-FT-014 VERSIÓN: 6 FECHA: 2024-09-16	
DATOS DEL CONTRATISTA					
FECHA DE DILIGENCIAMIENTO: 31/01/2025					
NOMBRES Y APELLIDOS:	SANDRA YANETH CASTELLANOS SUAREZ			CC:	52.056.701
CORREO ELECTRÓNICO:	sandrajcastellanos@gmail.com			RUT (NIT):	
DIRECCIÓN DOMICILIO:	CL 25 32 90 INT 14 APTO 401			TELÉFONO:	3118108552
				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:	BANCOLOMBIA		TIPO DE CUENTA:	AHORROS	N° CUENTA:
NOMBRE DEL BANCO (APLICA CUANDO EL BANCO NO SE ENCUENTRE EN LA LISTA DESPLEGABLE)					427083984
NÚMERO DEL CONTRATO Y DATOS DE LA ÚLTIMA ADICIÓN (PERIODO OBJETO DE PAGO)					
N° DEL CONTRATO:	P5 5426 2024	N° CDP:	46	N°CRP:	
					PLAZO DEL CONTRATO INCLUIDAS PRORROGAS: TRES (3) MESES Y TRECE (13) DIAS
FECHA DE INICIO CONTRATO	30/10/2024	FECHA DE TERMINACIÓN CONTRATO:	9/02/2025		VALOR TOTAL DEL CONTRATO INCLUIDO ADICIONES :
					\$ 13.726.707
PERIODO OBJETO DE COBRO:	01/01/2025 AL 31/01/2025				
VALOR A PAGAR CORRESPONDIENTE AL PERIODO OBJETO DE COBRO EN (LETRAS Y NUMEROS)	\$ 3.998.070				
	TRES MILLONES NOVECIENTOS NOVENTA Y OCHO MIL SETENTA PESOS M/CTE				
					
NOMBRE:	SANDRA YANETH CASTELLANOS SUAREZ				
CC	52.056.701				
CEL	3118108552				



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	SANDRA YANETH CASTELLANOS SUAREZ
NÚMERO DOCUMENTO DE IDENTIDAD	52.056.701

I. INFORMACION GENERAL DEL CONTRATO DE PRESTACION DE SERVICIOS

OBJETO DEL CONTRATO:	PRESTAR SERVICIOS COMO PROFESIONAL EN ENFERMERIA 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 5426 2024	FECHA INICIO CONTRATO	30/10/2024
VALOR INICIAL DEL CONTRATO	\$		4.531.146

VALOR TOTAL DEL CONTRATO INCLUIDO ADICIONES:	\$	13.726.707	VALOR DE HONORARIOS PERÍODO A CERTIFICAR:	\$	3.998.070
---	----	------------	--	----	-----------

Nº PAGO / Nº DE INFORME:	5	Nº CRP INICIAL:	44961	Nº CDP INICIAL DEL CONTRATO	3662
---------------------------------	---	------------------------	-------	------------------------------------	------

PLAZO DEL CONTRATO INCLUYENDO PRORROGAS	TRES (3) MESES Y TRECE (13) DIAS
--	----------------------------------

Nº DE PLANILLA DE PAGO DE SEGURIDAD SOCIAL:	1069588625	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 (ADICIÓN - PRÓRROGA):				ADICIÓN (3)	PRÓRROGA (3)
VALOR ADICIONADO	\$ 1.199.421	CDP DE LA	4053	RP DE LA	49741	TIEMPO	NUEVE (9) DIAS
VALOR ADICIONADO	\$ 3.998.070	CDP DE LA	4120	RP DE LA	50842	TIEMPO	UN (1) MES
VALOR ADICIONADO	\$ 3.998.070	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 PÓLIZA		ACTO ADMINISTRATIVO DE	

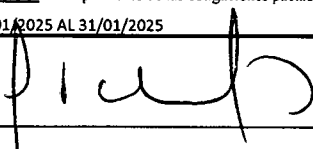
IV. VERIFICACION DE ACTIVIDADES DESARROLLADAS

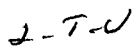
SE VERIFICA QUE QUE HA CUMPLIDO CON LAS ACTIVIDADES ASIGNADAS DURANTE EL MES O PERIODO LABORADO Y SE APRUEBA PARA EL PAGO RESPECTIVO.

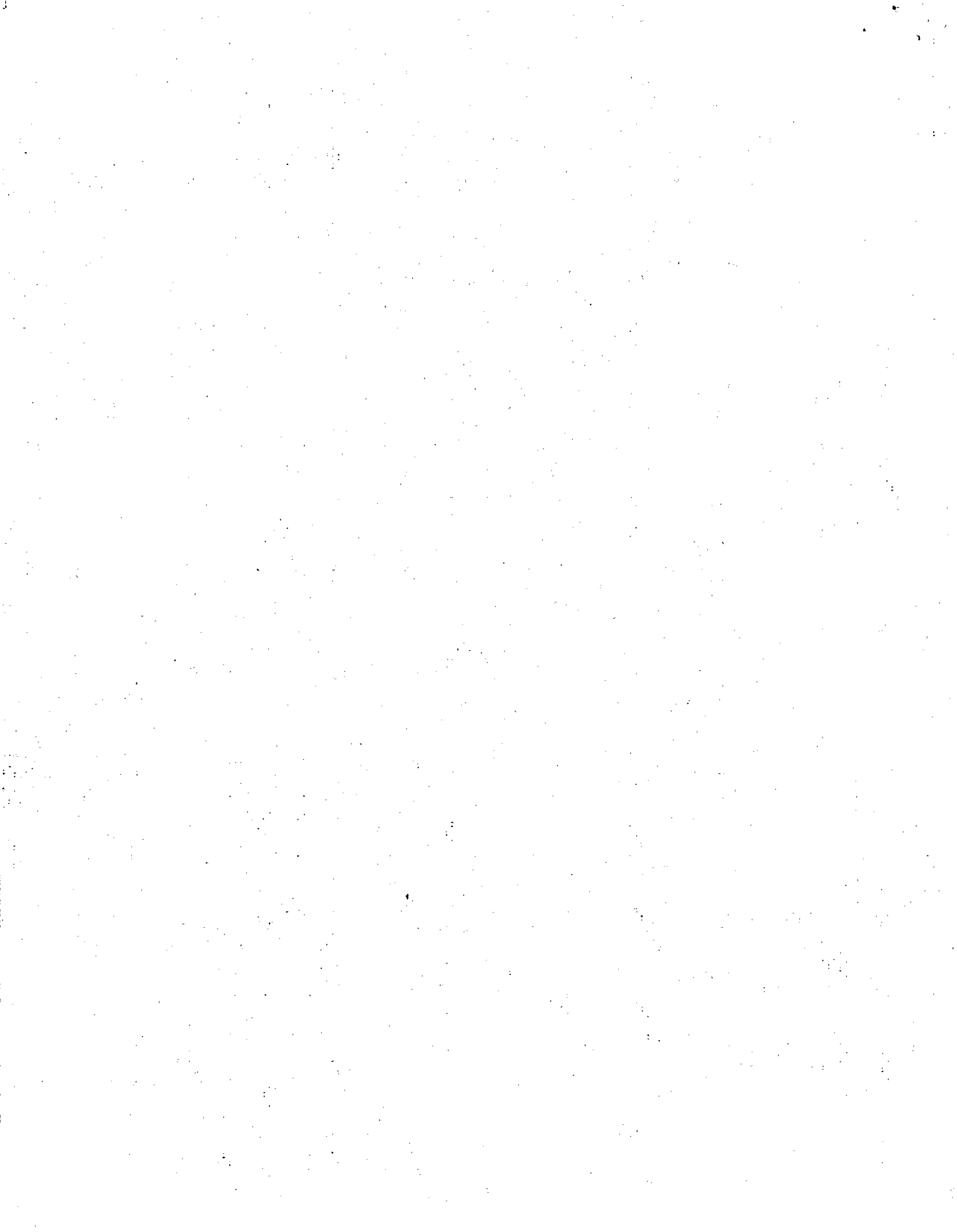
ITEM	CUMPLIMIENTO DE REQUISITOS	SI	NO
1	¿El contrato se encuentra debidamente legalizado?	X	
2	¿El contratista autorizó que los impuestos que debe cancelar para la legalización del mencionado contrato le sean descontados del valor a cancelar como consta en la declaración del informe de ejecución de actividades?	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 clausula "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: 2025-01-22, 01:51:39 P. M. Tipo Planilla: N: PLANILLA CORRECCIONES Número Planilla: 1069809936
Nro Planilla 1069588625 Período Cotización: diciembre de 2024 Período Servicio: diciembre de 2024 Referencia pago 8822826093

PAGADA 22/01/2025

. DATOS DEL APORTANTE

Razón Social	SANDRA YANETH CASTELLANOS SUAREZ		
Documento	CC52056701	Dirección	CL 25 #32 A - 90 INT 14 APTO 401
Tipo de Empresa	INDEPENDIENTE	Teléfono	6019312050
Tipo Persona	NATURAL	Forma Presentación	ÚNICO
Ciudad	BOGOTA D.C.	Departamento	BOGOTA D.C.
Representante Legal		Identificación	
Total Afiliados	1	ARP	SEGUROS DE VIDA COLPATRIA S.A.

I. DETALLE DEL APORTANTE

Datos Afiliado				Novedades													Pensiones			Salud			Riesgos			Cajas			Parafiscales			Total								
Identificación	Apellidos y Nombres	Tipo Cotizante	Subtipo Cotizante	ING	RET	RES.P.	DE	LO	TAP	USP	COR	VE	SN	IG	LMA	VAC	AVP	VE	REP	Dias EPS	Dias EPS	Dias CCF	Administradora	IBC Pensión	Aporte Pensión	Administradora	IBC Salud	Aporte Salud	Tarifa	IBC Riesgos	Aporte Riesgos	Administradora	IBC Caja	Aporte Caja	Aporte Sena	Aporte ICBF	ESAP	Aporte Ministerio	Total	
C 52056701	SANDRA YANETH CASTELLANOS SUAREZ	59	0								A									0	30	30	0	(25-14) COLPENSIONES	\$1.310.061	\$209.700	(EPS010) EPS SURA	\$1.310.061	\$163.800	2.436	\$1.310.061	\$32.000	(NIN-CC) NINGUNA CCF	\$0	\$0	\$0	\$0	\$0	\$0	\$405.500
C 52056701	SANDRA YANETH CASTELLANOS SUAREZ	59	0								C									0	30	30	0	(25-14) COLPENSIONES	\$1.322.840	\$211.700	(EPS010) EPS SURA	\$1.322.840	\$165.400	2.436	\$1.322.840	\$32.300	(NIN-CC) NINGUNA CCF	\$0	\$0	\$0	\$0	\$0	\$0	\$408.400

III. TOTALES

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, Inon cías, saldos a Favor)	Incapacidades ARP	SUBTOTAL SIN INTERESES DE MORA	TOTAL INTERESES DE MORA	TOTAL FINAL
\$12.779	\$12.779	\$12.779	\$0	\$2.000	\$1.600	\$300	\$0	\$0	\$0	\$0	\$0	\$0	\$0	\$3.900	\$300	\$4.200



