



**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:	\$ 553.561
Nº DE INFORME:	6	Nº CRP:	44708
PLAZO TOTAL DEL CONTRATO INCLUIDO PRORROGAS	TRES (3) MESES Y DIECINUEVE (19) DIAS		
UNIDAD FUNCIONAL EJECUCIÓN DE ACTIVIDADES:	SA2 SEDE ADMINISTRATIVA SAN JOSE OBRERO		
NOMBRE DEL SUPERVISOR:	LORENZA BFCERRA 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	\$ 553.561	CDP DE LA ADICIÓN:	4053	CRP DE LA ADICIÓN:	49662	TIEMPO PRORROGADO: NUEVE(9) DIAS
VALOR ADICIONADO	\$ 1.845.204	CDP DE LA ADICIÓN:	4120	CRP DE LA ADICIÓN:	50768	TIEMPO PRORROGADO: UN (1) MES
VALOR ADICIONADO	\$ 1.845.204	CDP DE LA ADICIÓN:	46	CRP DE LA ADICIÓN:	7732	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 DE LA ACTIVIDAD
1	DESARROLLO DE ACCIONES POR MEDIO DE GESTION COMUNITARIA YA SEA A NIVEL INDIVIDUAL FAMILIAR Y COMUNITARIO DE ACUERDO CON LAS INTERVENCIONES 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 APUNTAR 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 INTEGRADA 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 PREVENCIÓN 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
10	REALIZAR ACTIVIDADES COMO GESTOR COMUNITARIO PARA EL PLAN DE INTERVENCION COLECTIVA SEGUN REQUERIMIENTO DEL SUPERVISOR

**V. INFORMACIÓN DE APORTES A SEGURIDAD SOCIAL**

No. DE PLANILLA:	1069258685	OPERADOR:	SIMPLE
CONCEPTO DEL PAGO	ENTIDAD	FECHA DE PAGO	VALOR PAGADO
SALUD:	CAPITAL SALUD	10/02/2025	\$ 178.000
PENSIÓN:	COLPENSIONES	10/02/2025	\$ 227.800
RIESGOS LABORALES:	SEGUROS BOLIVAR	10/02/2025	\$ 34.700
OTRO			
<b>TOTAL PAGADO</b>			<b>\$ 440.500</b>

**VI. DECLARACIONES DEL CONTRATISTA**

- Que desarrollé las actividades descritas en el informe anexo, dentro del periodo de cobro.
- Que realicé el pago de la Seguridad Social donde el ítem se calculó sobre el 40% de los ingresos cancelados del mes anterior pago del cual anexo copia simple, sin que en ningún caso el JBC sea menor a 1 SMMLV (de ser el primer pago adjunto certificaciones de afiliación a eps, arl, pensión, rui)
- Que adjunto evidencia del cargue en el aplicativo secop de la cuenta correspondiente al mes objeto de cobro.
- Que autorizo los impuestos a que estoy obligado a pagar, por ocasión el 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*

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



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: 28/2/2025						
NOMBRES Y APELLIDOS:	JESUS QUERAGAMA CAMPO			CC:	11.600.370	
CORREO ELECTRÓNICO:	jqueragama.subredcentrooriente@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 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:	488403357665
NÚMERO DEL CONTRATO Y DATOS DE LA ÚLTIMA ADICIÓN (PERIODO OBJETO DE PAGO)						
Nº DEL CONTRATO:	PS 5182 2024	Nº CDP:	46	NºCRP:	7732	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:	01/02/2025 AL 09/02/2025					
VALOR A PAGAR CORRESPONDIENTE AL PERIODO OBJETO DE COBRO EN (LETRAS Y NUMEROS)	\$ 553.561 QUINIENTOS CINCUENTA Y TRES MIL QUINIENTOS SESENTA Y UN PESOS M/CTE					
<u>Jesus Queragama</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**

<b>NOMBRE DEL CONTRATISTA</b>	JESUS QUERAGAMA CAMPO
<b>NÚMERO DOCUMENTO DE IDENTIDAD</b>	11.600.370

**I. INFORMACION GENERAL DEL CONTRATO DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS**

<b>OBJETO DEL CONTRATO:</b>	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				
<b>CONTRATO DE PRESTACION DE SERVICIOS PROFESIONALES No.</b>	PS 5182 2024	<b>FECHA INICIO CONTRATO</b>	24/10/2024		
<b>VALOR INICIAL DEL CONTRATO</b>	\$	2.460.272			
<b>VALOR TOTAL DEL CONTRATO INCLUIDO ADICIONES:</b>	\$	6.704.241	<b>VALOR DE HONORARIOS PERÍODO A CERTIFICAR:</b>	\$	553.561
<b>Nº PAGO / Nº DE INFORME:</b>	6	<b>Nº CRP INICIAL:</b>	44708	<b>Nº CDP INICIAL DEL CONTRATO</b>	3662
<b>PLAZO DEL CONTRATO INCLUYENDO PRORROGAS</b>	TRES (3) MESES Y DIECINUEVE (19) DIAS				
<b>Nº DE PLANILLA DE PAGO DE SEGURIDAD SOCIAL:</b>	1069258685	<b>OPERADOR:</b>	SIMPLE		
<b>PROCESO EN DONDE SE EJECUTARON LAS ACTIVIDADES:</b>	CONVENIO MAS BIENESTAR - DIRECCIÓN DE GESTIÓN INTEGRAL DEL RIESGO EN SALUD				
<b>UNIDAD FUNCIONAL DE EJECUCIÓN DE ACTIVIDADES:</b>	SA2 SEDE ADMINISTRATIVA SAN JOSE OBRERO				
<b>NOMBRE DEL SUPERVISOR:</b>	LORENZA BECERRA CAMARGO - DIRECTOR TECNICO CODIGO 009 GRADO 05				

**II. MODIFICACIONES CONTRACTUALES**

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

**III. POLIZAS (SI APLICA)**

<b>¿FACTO POLIZAS EN SU CONTRATO?</b>	SI	NO	X
<b>Nº DE PÓLIZA:</b>	<b>NOMBRE DE LA ASEGURADORA:</b>		
<b>FECHA DE LA PÓLIZA</b>	<b>ACTO ADMINISTRATIVO DE APROBACIÓN:</b>		

**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 scop 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 **01/02/2025 AL 09/02/2025**

**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





Scotiabank  COLOMBIA



## RECIBO DE PAGO

Fecha de venta: 10/02/25 Hora: 01:02:52 p.m.

Id comercio: 20235 No. Terminal: 10744

Id Trx: 57350689 Id Aut: 762113

Comercio: PDP - KIOSCO-EXITO RESTREPO

Dirección: CR 20 14 17 SUR

### RECAUDO PSP

### TRANSACCIÓN EXITOSA

Convenio: PLANILLA ASISTIDA SIMPLE

referencia: 8837907640

Valor: \$ 440.500

\*\*\*ORIGINAL\*\*\*

Para cualquier reclamo es indispensable presentar este recibo o comuníquese a los Tel. en Bogotá 7561616 o gratis en el resto del país 018000-522222.