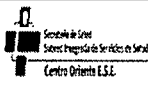
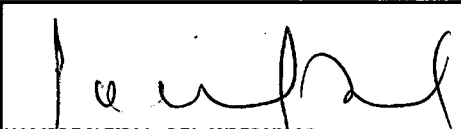


	SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E APOYO - GESTION DE CONTRATACION FORMATO INFORME DE EJECUCION DE ACTIVIDADES DEL CONTRATO DE PRESTACION DE SERVICIOS Y DE APOYO A LA GESTION	CÓDIGO: AP-IA-FT-077 VERSIÓN: 2 FECHA: 2024-09-16
CELEBRADO ENTRE LA SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E Y		
GUILLERMO ANDRES CARABALI RICO		
NÚMERO DE DOCUMENTO DE IDENTIDAD:		11.225.694
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 5179 2024	FECHA INICIO CONTRATO 24/10/2024
VALOR INICIAL DEL CONTRATO	\$ 5.330.760	PLAZO INICIAL DEL CONTRATO UN (1) MES Y DIEZ (10) DIAS
VALOR TOTAL DEL CONTRATO INCLUIDO ADICIONES:	\$ 14.526.321	VALOR DE HONORARIOS PERÍODO A CERTIFICAR: \$ 1.199.421
Nº DE INFORME:	6	Nº CRP: 44706 Nº CDP: 3662
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 BECERRA CAMARGO - DIRECTOR TECNICO CODIGO 009 GRADO 05	
II. MODIFICACIONES CONTRACTUALES		
Nº DE MODIFICACIONES DEL CONTRATO:	3	TIPO DE MODIFICACIÓN
VALOR ADICIONADO	\$ 1.199.421	CDP DE LA ADICIÓN: 4053
VALOR ADICIONADO	\$ 3.998.070	CDP DE LA ADICIÓN: 4120
VALOR ADICIONADO	\$ 3.998.070	CDP DE LA ADICIÓN: 46
III. POLIZAS		
¿PACTÓ POLIZAS EN SU CONTRATO?	SI	NO X
Nº DE PÓLIZA:	NOMBRE DE LA ASEGURADORA:	
FECHA DE LA PÓLIZA	FECHA DE APROBACIÓN:	
ITEM	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)	
1	DURANTE EL PERIODO A REPORTAR SE REALIZARON ACTIVIDADES DE SEGUIMIENTO A 16 USUARIAS GESTANTES CON DIAGNOSTICO DE SIFILIS GESTACIONAL, DE LAS CUALES 2 FUERON CARACTERIZACIONES LAS 14 RESTANTES FUERON SEGUIMIENTO EN LAS DIFERENTES LOCALIDADES DISCRIMINADAS POR LOCALIDAD , DE LA LOCALIDAD SAN CRISTOBAL 9 USUARIAS DE LA LOCALIDAD MARTIRES 2 USUARIAS DE LA LOCALIDAD ANTONIO NARIÑO 1 DE LA LOCALIDAD RAFAEL URBIE 4 SE REALIZO EL AHORDAJE DE A 5 USUARIOS CRONICOS DE LAS DIFERENTES LOCALIDADES PARA DAR COMPLETITUD A LA META ESTABLECIDA PARA ESTE PERIODO DE TIEMPO EN DONDE SE REALIZA SEGUIMIENTO A LA ADHERENCIA A LOS SERVICIOS DE SALUD , REALIZACION DE ACTIVACION DE RUTAS Y REALIZACION DE CANALIZACIONES SEGUN LA PERTINENCIA DE LA ATENCION , SE BRINDO INFORMACION Y EDUCACION A LAS GESTANTES SOBRE SIGNOS DE ALARMAS DURANTE EL PERIODO DE LA GESTACION, NUTRICION BALANCEADA, RIESGO ASOCIADOS A EL TRATAMIENTO NO TERMINADO PARA SIFILIS GESTACIONAL ASI COMO SE BRINDO EDUCACION EN ADHERENCIA A TRATAMIENTO MEDICAMENTOSO A LOS USUARIOS CON PATOLOGIA CRONICA, ADHERENCIA A SUS CONTROLES CRONICO , ALIMENTACION BALANCEADA SEGUN GABAS PARA POBLACION CRONICA	
2	SE REALIZO DILIGENCIAMIENTO, ACTUALIZACION DEL CRONOGAMA DE ACTIVIDADES DE MANERA DIARIA ESPECIFICANDO DIRECCION, UPZ, BARRIO Y LOCALIDAD EN DONDE SE REALIZARIA LA ACTIVIDAD, ENTREGA DE SOPORTES DE CUENTA DE COBRO CORRESPONDIENTES A LOS DIAS CORRESPONDIENTES	
3	SE PARTICIPO DE LA REUNION TERRITORIAL CONVOCADA POR LIDERES OPERATIVOS	
4	DILIGENCIAMIENTO DE MANERA DIARIA DEL APLICATIVO GITAPS EN DONDE SE CONSIGNAN LOS SEGUIMIENTOS Y CARACTERIZACIONES REALIZADAS DURANTE LAS SESIONES DE TRABAJO EN CAMPO , DILIGENCIAMIENTO DE MANERA DIARIA DE LOS DIFERENTES LINK DE SOLICITUD DE INFORMACION DISPUESTOS POR LAS PROFESIONALES DE APOYO A LA GESTION PARA DAR RESPUESTA A LOS REQUERIMIENTOS DE INFORMACION, DILIGENCIAMIENTO DE MANERA MANUAL DEL FORMATO PLANILLA DE FAMILIAS CON PLANES DE CUIDADO FAMILIAR E INDIVIDUAL DE MANERA OPORTUNA A COMPLETITUD Y CALIDAD.	
5	SE REALIZA DILIGENCIAMIENTO DE INTERVENCIONES DE SEGUIMIENTO Y CIERRE ESTABLECIDAS EN PLAN DE CUIDADO FAMILIAR E INDIVIDUAL DEL CONVENIO INMEDIATAMENTE ANTERIOR ASI COMO ACTUALIZACIONES EJECUTADAS EN CONVENIO EN VIGENCIA EN APLICATIVO CON CALIDAD Y VERACI	
6	SE REALIZAN CANALIZACIONES NOTIFICACIONES A LOS DIFERENTES SUBSISTEMAS Y AGENDAMIENTO EN TIEMPO REAL PARA DAR RESPUESTA OPORTUNA A LAS NECESIDADES DE LAS FAMILIAS	
7	SE REALIZA EL ALISTAMIENTO Y ENTREGA CON CALIDAD DE CADA UNO DE LOS FORMATOS Y DILIGENCIAMIENTO EN EL APLICATIVO Y LINKS GENERADOS COMO RESULTADO DE LAS ACCIONES O INTERVENCIONES REALIZADAS EN EL CUMPLIMIENTO DE LOS ANEXOS Y LINEAMIENTOS TECNICOS DEL CONVENIO VIGENTE Y SUSCRITO ENTRE EL FDS Y LA SUBRED.	
8	SE ENTREGA INFORMACION Y SOPORTES DE PLANILLA DE FIRMAS DE PLAN DE CUIDADO FAMILIAR E INDIVIDUAL CON LA FINALIZACION DEL MES DE LAS ACTIVIDADES DESARROLLADAS DE LA EJECUCION DE LAS ACTIVIDADES CONFORME A LOS ANEXOS Y LINEAMIENTOS TECNICOS DEL CONVENIO VIGENTE Y SUSCRITO ENTRE EL FDS Y LA SUBRED	
9	SE REALIZA DESPLAZAMIENTO A CENTROS HOSPITALARIOS LA VICTORIA Y USS MATERNO INFANTIL DENTRO DE ACTIVIDADES ASIGNADAS EN ESTRATEGIA ANGELES GUARDIANES	
10	DAR CUMPLIMIENTO A LA META ESTIPULADA	
V. INFORMACIÓN DE APORTES A SEGURIDAD SOCIAL		
Nº. DE PLANILLA:	1069293354	OPERADOR: SIMPLE
CONCEPTO DEL PAGO	ENTIDAD	FECHA DE PAGO VALOR PAGADO
SALUD:	SALUD TOTAL	11/02/2025 \$ 200.000
PENSIÓN:	PROTECCION	11/02/2025 \$ 256.000
RIESGOS LABORALES:	SEGUROS BOLIVAR	11/02/2025 \$ 39.000
OTRO		
TOTAL PAGADO		\$ 495.000
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 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, pension, rut) 3.- Que adjunto evidencia del cargue en el aplicativo socop de la cuenta correspondiente al mes objeto de cobro . 4.- Que autorizo los impuestos a que estoy obligado a pagar, por ocasión al señalando 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		
GUILLERMO ANDRES CARABALI RICO NOMBRE Y FIRMA DEL CONTRATISTA CC: 11.225.694 CEL: 3102448649		

		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: 28/2/2025					
NOMBRES Y APELLIDOS:	GUILLERMO ANDRES CARABALI RICO			CC:	11.225.694
CORREO ELECTRÓNICO:	gcarabali.subredcentroorient@gmail.com			RUT (NIT):	
DIRECCIÓN DOMICILIO:	AK 14 37 48 SUR			TELÉFONO:	3102448649
				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:	BANCO FALABELLA	TIPO DE CUENTA:	AHORROS	Nº CUENTA:	111702527582
NÚMERO DEL CONTRATO Y DATOS DE LA ÚLTIMA ADICIÓN (PERIODO OBJETO DE PAGO)					
Nº DEL CONTRATO:	PS 5179 2024	Nº CDP:	4053	NºCRP:	44706
					PLAZO DEL CONTRATO INCLUIDAS PRORROGAS: TRES (3) MESES Y DIECINUEVE (19) DIAS
FECHA DE INICIO CONTRATO		FECHA DE TERMINACIÓN CONTRATO:	9/02/2025		VALOR TOTAL DEL CONTRATO INCLUIDO ADICIONES : \$ 14.526.321
PERIODO OBJETO DE COBRO:	01/02/2025 AL 09/02/2025				
VALOR A PAGAR CORRESPONDIENTE AL PERIODO OBJETO DE COBRO EN (LETRAS Y NÚMEROS)	\$ 1.199.421 UN MILLON CIENTO NOVENTA Y NUEVE MIL CUATROCIENTOS VEINTIUN PESOS M/CTE				
NOMBRE: GUILLERMO ANDRES CARABALI RICO CC 11.225.694 CEL 3102448649					

		SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E APOYO – GESTION DE CONTRATACIÓN FORMATO INFORME DE SUPERVISION CONTRATO DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS Y APOYO A LA GESTION		CÓDIGO: AP-1A-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			GUILLERMO ANDRES CARABALI RICO		
NÚMERO DOCUMENTO DE IDENTIDAD			11.225.694		
I. INFORMACION GENERAL DEL CONTRATO DE PRESTACIÓN 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 5179 2024		FECHA INICIO CONTRATO	
				24/10/2024	
VALOR INICIAL DEL CONTRATO		\$ 5.330.760			
VALOR TOTAL DEL CONTRATO INCLUIDO ADICIONES:		\$ 14.526.321		VALOR DE HONORARIOS PERÍODO A CERTIFICAR: \$ 1.199.421	
Nº PAGO / Nº DE INFORME:		6		Nº CRP INICIAL: 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:		1069293354		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):	
VALOR ADICIONADO		\$ 1.199.421		ADICION (3) PRORROGA (3)	
VALOR ADICIONADO		\$ 3.998.070		UN (1) MES	
VALOR ADICIONADO		\$ 3.998.070		UN (1) MES	
				UN (1) MES	
III. POLIZAS (SI APLICA)					
¿PACTO 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 01/02/2025 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			

I. DATOS DEL APORTANTE

Razón Social	GUILLERMO ANDRES CARABALI RICO										
Documento	CC11225694				Dirección	AV. CARRERA 14 #37 - 48 SUR					
Tipo de Empresa	INDEPENDIENTE				Teléfono	3102448649					
Tipo Persona	NATURAL				Forma Presentación	ÚNICO					
Ciudad	BOGOTA D.C.				Departamento	BOGOTA D.C.					
Representante Legal					Identificación						
Total Afiliados	1				ARP	SEGUROS BOLIVAR					

II. DETALLE DEL APORTANTE

Datos del Afiliado				Novedades														Pensiones			Salud			Riesgos			Cajas			Parafiscales										
Identificación	Apellidos y Nombres	Tipo Cotizante	Subtipo Cotizante	ING	RET	RET P	TDE	TAE	TDP	TAP	VSP	COR	VST	SLN	IGE	LMA	VAC	AVP	VCT	IRP	Días AFP	Días EPS	Días ARP	Días 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	Apo Minis
CC 11225694	GUILLERMO ANDRES CARABALI RICO	59	00																	0	30	30	30	0	(230201) PROTECCION	\$ 1.600.000	\$ 256.000	(EPS002) SALUD TOTAL EPS	\$ 1.600.000	\$ 200.000	2,436	\$ 1.600.000	\$ 39.000	(NIN-CC) NINGUNA CCF	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0	

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, Licencias, Saldos a Favor) EPS	Incapacidades ARP	SUBTOTAL SIN INTERESES DE MORA	TOTAL INTERESES DE MORA	TOTAL FINAL
\$ 1.600.000	\$ 1.600.000	\$ 1.600.000	\$ 0	\$ 256.000	\$ 200.000	\$ 39.000	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 495.000	\$ 0	\$ 495.000

1771
1772

1773

Pagos PSE - Pagos en línea

Detalles de la transacción

Estado de la transacción:

Aprobada

Autorización (CUS):

1258840554

Número de la factura:

1069293354

Empresa:

SIMPLE OI

Descripción:

Pago de Seguridad Social

Valor Compra:

\$ 495.000,00

Valor IVA:

\$ 0,00

Número de comprobante:

088860

Fecha de transacción:

martes, 11 de febrero de 2025

Referencia 1:

10.0.19.58

Referencia 2:

CC

Referencia 3:

11225694

[Volver al comercio](#)

[Imprimir](#)

