

 Ministerio de Salud Ministerio de Salud Centro Operativo E.S.E.	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		
ANDREA MARYURI PEREZ FUENTES		
NÚMERO DE DOCUMENTO DE IDENTIDAD:		1.023.917.313
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 5172 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: 44700 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:	
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	ASISTENCIA A REUNION DE ESPACIO PROGRAMADA POR LA COORDINACION DE EL EQUIPO BASICO EXTRAMURAL DE HOGAR	
2	DILIGENCIAMIENTO DE CRONOGRAMA DE ACTIVIDADES DE FORMA DIARIA SEGÚN ACCIONES REALIZADAS EN LAS LOCALIDADES	
3	CONTACTO TELEFONICO PARA CONFIRMACION DE DATOS DE UBICACIÓN Y CONTACTO, POSTERIOR PROGRAMACION Y CONFIRMACION DE DESPLAZAMIENTO A DOMICILIO DE USUARIAS ANGELES GUARDIANES	
4	DESPLAZAMIENTO A UNIDADES DE SERVICIOS DE SALUD MATERNO INFANTIL Y VICTORIA EN BUSQUEDA DE CASOS NOTIFICADOS POR DIAGNOSTICO CAUSANTE DE EVENTO MORBILIDAD MATERNA EXTREMA PARA ESTRATEGIA ANGELES GUARDIANES	
5	DESARROLLO DE VISITA DOMICILIARIA CARACTERIZACION EN BUSQUEDA DE NECESIDADES Y PRIORIDADES, VERIFICACION DE ASISTENCIA A CONTROLES MEDICOS PROGRAMADOS, SEGUIMIENTO DE INDICACIONES DEL PERSONAL DE SALUD, VALORACION DEL ESTADO ACTUAL DE SALUD A ABORDAR EN CADA USUARIA Y FAMILIA NOTIFICADA POR ESTRATEGIA ANGELES GUARDIANES	
6	DESARROLLO DE VISITA DOMICILIARIA SEGUIMIENTO PARA VERIFICACION DE ASISTENCIA A CONTROLES MEDICOS PROGRAMADOS, SEGUIMIENTO DE INDICACIONES DEL PERSONAL DE SALUD, VALORACION DEL ESTADO ACTUAL DE SALUD Y CONTINUAR BUSQUEDA DE NECESIDADES Y PRIORIDADES A ABORDAR EN CADA USUARIA Y FAMILIA NOTIFICADA POR ESTRATEGIA ANGELES GUARDIANES	
7	CARGUE DE INFORMACION DETALLADA DE LAS VISITAS REALIZADAS DE FORMA DIARIA A LINK'S CORRESPONDIENTES DE LA ESTRATEGIA ANGELES GUARDIANES	
8	ORGANIZACIÓN Y DILIGENCIAMIENTO DE FORMATOS FISICOS CON DATOS DE USUARIO Y FIRMA DEL MISMO CORRESPONDIENTE A CADA VISITA REALIZADA	
9	ENTREGA DE CUENTA DE COBRO CORRESPONDIENTE AL MES EN CURSO	
10	ENVIO DE CORREO ELECTRONICO CON INFORMACION DETALLADA DE CASOS INTERLOCALES ABORDADOS EN LAS UNIDADES DE SERVICIOS DE SALUD MATERNO INFANTIL Y VICTORIA NOTIFICADOS POR DIAGNOSTICO CAUSANTE DE EVENTO MORBILIDAD MATERNA EXTREMA PARA LA ESTRATEGIA ANGELES GUARDIANES	
V. INFORMACIÓN DE APORTES A SEGURIDAD SOCIAL		
No. DE PLANILLA:	9480526648	OPERADOR:
CONCEPTO DEL PAGO	ENTIDAD	FECHA DE PAGO
SALUD:	COMPENSAR	10/02/2025
PENSIÓN:	COLPENSIONES	10/02/2025
RIESGOS LABORALES:	SEGUROS BOLIVAR	10/02/2025
OTRO	CCF COMPENSAR	10/02/2025
TOTAL PAGADO		\$ 528.900
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 ningún caso el IBC sea menor a 1 SMMVLV (de ser el primer pago adjunto certificaciones de afiliación a eps, arl, pension, 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		
Andrea Maryuri Perez Fuentes ANDREA MARYURI PEREZ FUENTES NOMBRE Y FIRMA DEL CONTRATISTA CC: 1.023.917.313 CEL: 3214895558		

 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: 28/2/2025							
NOMBRES Y APELLIDOS:		ANDREA MARYURI PEREZ FUENTES			CC:		1.023.917.313
CORREO ELECTRÓNICO:		andreamaryuri1@gmail.com			RUT (NIT):		
DIRECCIÓN DOMICILIO:		KR 57C SUR 81D 01			TELÉFONO:		3214895558
					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)							008400745710
NÚMERO DEL CONTRATO Y DATOS DE LA ÚLTIMA ADICIÓN (PERIODO OBJETO DE PAGO)							
Nº DEL CONTRATO:		PS 5172 2024	Nº CDP:		4053	NºCRP:	
						44700	
						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 NUMEROS)		\$ 1.199.421					
		UN MILLON CIENTO NOVENTA Y NUEVE MIL CUATROCIENTOS VEINTIUN PESOS M/CTE					
							
NOMBRE: ANDREA MARYURI PEREZ FUENTES							
CC 1.023.917.313							
CEL 3214895558							

SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E APOYO – GESTION DE CONTRATACIÓN						CÓDIGO: AP-IA-FT-078 VERSIÓN: 2	
FORMATO INFORME DE SUPERVISIÓN CONTRATO DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS Y APOYO A LA GESTIÓN						FECHA: 2024-09-16	
CELEBRADO ENTRE LA SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E Y							
NOMBRE DEL CONTRATISTA				ANDREA MARYURI PEREZ FUENTES			
NÚMERO DOCUMENTO DE IDENTIDAD				1.023.917.313			
I. INFORMACIÓN GENERAL DEL CONTRATO DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS							
OBJETO DEL CONTRATO:		PRESTAR SERVICIOS COMO PROFESIONAL EN ENFERMERÍA 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 5172 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:		9480526648		OPERADOR:		APORTES EN LINEA	
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):			ADICION (3)		PRORROGA (3)
VALOR ADICIONADO	\$ 1.199.421	CDP DE LA	4053	RP DE LA	49708	TIEMPO UN (1) MES	
VALOR ADICIONADO	\$ 3.998.070	CDP DE LA	4120	RP DE LA	50813	TIEMPO UN (1) MES	
VALOR ADICIONADO	\$ 3.998.070	CDP DE LA	46	RP DE LA	7776	TIEMPO 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 cláusula "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			

Resumen General de Pago

DATOS GENERALES DEL APORTANTE									
Identificación		dv	Razon Social	Clase Aportante	Sucursal Principal	Dirección	Ciudad-Departamento	Teléfono	Exonerado SENA e ICBF
CC 1023917313			PEREZ FUENTES ANDREA MARYURI	INDEPENDIENTE	PRINCIPAL	CRA 80C 3A 32	BOGOTA-BOGOTA D.E.	3214895558	No
DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION									
Periodo		Clave		Tipo	Fecha		Pago		
Pensión	Salud	Pago	Planilla	Planilla	Límite	Pago	Banco	Días Mora	Valor
2025-01	2025-01	1255904064	9480526648	I	2025/02/05	2025/02/10	BANCO DAVIVIENDA	5	\$528,900

LIQUIDACION DETALLADA DE APORTES																						
EMPLEADO			PENSION				SALUD				CCF				RIESGOS				PARAFISCALES			
No.	Identificación	Nombres	Codigo	Días	IBC	Aporte	Codigo	Días	IBC	Aporte	Codigo	Días	IBC	Aporte	Codigo	Días	IBC	Aporte	Días	IBC	Aporte	
Sucursal: PRINCIPAL (1 Afiliados)					\$1,599,300	\$255,900			\$1,599,300	\$200,000			\$1,599,300	\$32,000			\$1,599,300	\$39,000		\$0	\$0	
Centro de Trabajo: PRINCIPAL (1 Afiliados)					\$1,599,300	\$255,900			\$1,599,300	\$200,000			\$1,599,300	\$32,000			\$1,599,300	\$39,000		\$0	\$0	
Ciudad: BOGOTA Depto: BOGOTA D.E. (1 Afiliados)					\$1,599,300	\$255,900			\$1,599,300	\$200,000			\$1,599,300	\$32,000			\$1,599,300	\$39,000		\$0	\$0	
1	CC	1023917313	PEREZ ANDREA	25-14	30	\$1,599,300	\$255,900	EPS008	30	\$1,599,300	\$200,000	CCF24	30	\$1,599,300	\$32,000	14-7	30	\$1,599,300	\$39,000	30	\$0	\$0
Total Afiliados (1)					\$1,599,300	\$255,900			\$1,599,300	\$200,000			\$1,599,300	\$32,000			\$1,599,300	\$39,000		\$0	\$0	

Resumen General de Pago

DATOS GENERALES DEL APORTANTE								
Identificación	dv	Razon Social	Clase Aportante	Sucursal Principal	Dirección	Ciudad-Departamento	Teléfono	Exonerado SENA e ICBF
CC 1023917313		PEREZ FUENTES ANDREA MARYURI	INDEPENDIENTE	PRINCIPAL	CRA 80C 3A 32	BOGOTÁ-BOGOTÁ D.E.	3214895558	No
DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACIÓN								
Período		Clave		Tipo	Fecha		Pago	
Pensión	Salud	Pago	Planilla	Planilla	Límite	Pago	Banco	Días Mora
2025-01	2025-01	1255904064	9480526648	I	2025/02/05	2025/02/10	BANCO DAVIVIENDA	5
								\$528,900
RESUMEN DE PAGO								
RIESGO	CODIGO	NIT	DV	AFILIADOS	VALOR LIQUIDADO	INTERESES MORA	SALDOS E INCAPACIDADES	VALOR A PAGAR
AFP (ADMINISTRADORAS: 1)				1	\$255,900	\$900	\$0	\$256,800
COLPENSIONES	25-14	900,336,004	7	1	\$255,900	\$900	\$0	\$256,800
ARL (ADMINISTRADORAS: 1)				1	\$39,000	\$200	\$0	\$39,200
SEGUROS BOLIVAR	14-7	860,002,503	2	1	\$39,000	\$200	\$0	\$39,200
CCF (ADMINISTRADORAS: 1)				1	\$32,000	\$200	\$0	\$32,200
COMPENSAR	CCF24	860,066,942	7	1	\$32,000	\$200	\$0	\$32,200
EPS (ADMINISTRADORAS: 1)				1	\$200,000	\$700	\$0	\$200,700
COMPENSAR	EPS008	860,066,942	7	1	\$200,000	\$700	\$0	\$200,700
TOTAL				0	\$528,900	\$2,000	\$0	\$528,900



Andrea Perez <aperez.subredcentrooriente@gmail.com>

Fw: PSE Transacción Aprobada - CUS 1255904064

andrea maryuri perez fuentes <andreamaryuri286@hotmail.com>
Para: Andrea Perez <aperez.subredcentrooriente@gmail.com>

11 de febrero de 2025, 14:10

[Obtener Outlook para Android](#)

From: serviciopse@achcolombia.com.co <serviciopse@achcolombia.com.co>
Sent: Monday, February 10, 2025 8:43:11 AM
To: andreamaryuri286@hotmail.com <andreamaryuri286@hotmail.com>
Subject: PSE Transacción Aprobada - CUS 1255904064

**¡Hola, Andrea Maryuri Pérez Fuentes!**

Gracias por utilizar los servicios de BANCO DAVIVIENDA y PSE. los siguientes son los datos de tu transacción:

Estado de la Transacción: **Aprobada**
CUS: 1255904064
Empresa: APORTES EN LINEA
Descripción: Pago de la Planilla de aportes con clave: 9480526648
Valor de la Transacción: \$ 528.900
Fecha de Transacción: 10/02/2025

10/1/77