



**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

**ANA ROSA BARRETO CALDERON**

NÚMERO DE DOCUMENTO DE IDENTIDAD:		38.290.709			
OBJETO DEL CONTRATO:	PRESTAR SERVICIOS COMO PROFESIONAL EN SISTEMAS 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 5229 2024		FECHA INICIO CONTRATO	24/10/2024	
VALOR INICIAL DEL CONTRATO	\$	6.150.783	PLAZO INICIAL DEL CONTRATO	UN (1) MES Y DIEZ (10) DIAS	
VALOR TOTAL DEL CONTRATO INCLUIDO ADICIONES:	\$	16.760.883	VALOR DE HONORARIOS PERÍODO A CERTIFICAR:	\$ 1.383.926	
Nº DE INFORME:	6	Nº CRP:	44753	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 MODIFICACION	ADICIONES	3	PROROGAS	3	
VALOR ADICIONADO	\$	1.383.926	CDP DE LA ADICIÓN:	4053	CRP DE LA ADICIÓN:	49664	TIEMPO PRORROGADO: UN (1) MES
VALOR ADICIONADO	\$	4.613.087	CDP DE LA ADICIÓN:	4120	CRP DE LA ADICIÓN:	50750	TIEMPO PRORROGADO: UN (1) MES
VALOR ADICIONADO	\$	4.613.087	CDP DE LA ADICIÓN:	46	CRP DE LA ADICIÓN:	7716	TIEMPO PRORROGADO: UN (1) MES

**III. POLIZAS**

¿PACTO 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 DE ACTIVIDADES
1	PRESTAR SUS SERVICIOS CON CALIDAD Y OPORTUNIDAD, PARA EL DESARROLLO DE LAS ACTIVIDADES DEL CONVENIO MAS BIENESTAR EQUIPOS BÁSICOS EXTRAMURALES, SUSCRITO ENTRE EL FDS Y LA SUBRED.
2	PRESENTAR MENSUALMENTE EL CRONOGRAMA DE ACTIVIDADES A DESARROLLAR, ADICIONALMENTE CON LA FINALIZACIÓN DEL MES SE DEBE ENTREGAR UN INFORME DE LAS ACTIVIDADES DESARROLLADAS PARA LA EJECUCIÓN DE SUS ACTIVIDADES.
3	APOYAR LA PRESTACIÓN DE SERVICIOS EN EL DEL CONVENIO MAS BIENESTAR EQUIPOS BÁSICOS EXTRAMURALES, PRESENTANDO LA INFORMACIÓN Y/O SOPORTES QUE SE SOLICITE CONFORME A LOS ANEXOS Y LINEAMIENTOS TÉCNICOS DEL CONVENIO VIGENTE Y SUSCRITO ENTRE EL FDS Y LA SUBRED.
4	APOYAR LAS ACTIVIDADES INHERENTES AL OBJETO DEL CONTRATO PARA EL MEJORAMIENTO CONTINUO DE CALIDAD Y AQUELLAS DEFINIDAS DENTRO DE LOS PLANES DE MEJORAMIENTO DE LOS DIFERENTES ESTÁNDARES DE HABILITACIÓN Y ACREDITACIÓN DE SERVICIOS DE SALUD.
5	REALIZAR APROPIACIÓN CONCEPTUAL DESDE SU PERFIL CON LOS ANEXOS Y LINEAMIENTOS TÉCNICOS DEL CONVENIO MAS BIENESTAR EQUIPOS BÁSICOS EXTRAMURALES SUSCRITO ENTRE EL FDS Y LA SUBRED.
6	REALIZAR LA CAPACITACIÓN AL TALENTO HUMANO DEL MANEJO DEL APLICATIVO DISPUESTO POR LA SDS, SOLICITAR LOS USUARIOS Y VALIDAR AJUSTES DEL MISMO.
7	SUPERVISAR LAS ACTIVIDADES DE LOS TECNICOS EN SISTEMAS A CARGO, GARANTIZADO LA RESPUESTA DE LOS DATOS SOLICITADOS POR LOS PROFESIONALES DE APOYO, DINAMIZADORES TERRITORIALES, COORDINACIÓN Y SDS
8	REALIZAR LA REVISIÓN, AJUSTAMIENTO Y ENTREGA CON CALIDAD DE CADA UNA DE LAS BASES DE DATOS ENTREGABLES A LA SDS.
9	RADICAR BASES DE DATOS DE CADA PRODUCTO ANTE SDS CON OPORTUNIDAD Y CALIDAD.
10	REALIZAR DESCARGAS DE LAS BASES DE DATOS DEL APLICATIVO GTAPS SEGÚN SOLICITUD DEL EQUIPO, PARA EL CORRECTO SEGUIMIENTO DE LAS ACTIVIDADES OPERATIVAS.

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

No. DE PLANILLA:	9480523929	OPERADOR:	APORTES EN LINEA
CONCEPTO DEL PAGO	ENTIDAD	FECHA DE PAGO	VALOR PAGADO
SALUD:	NUEVA EPS	12/02/2025	\$ 230.700
PENSIÓN:	COLPENSIONES	12/02/2025	\$ 295.300
RIESGOS LABORALES:	SURA	12/02/2025	\$ 45.000
OTRO	CCF COMPENSAR	12/02/2025	\$ 40.000
TOTAL PAGADO			\$ 611.000

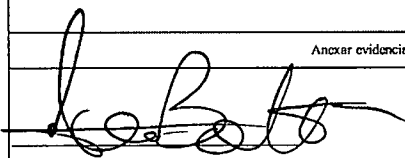
**VI. DECLARACIONES DEL CONTRATISTA**

- Que desarrollé las actividades descritas en el informe anexo, dentro del periodo de cobro.
- Que realicé el pago de la Seguridad Social donde el 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 IBC sea menor a 1 SMLV ( de ser el primer pago adjunto certificaciones de afiliación a eps, arl, pensión, rut)
- Que adjunto evidencia del cargue en el aplicativo seoop de la cuenta correspondiente al mes objeto de cobro.
- Que autorizo los impuestos a que estoy obligado a pagar, por ocasión al señalado contrato.

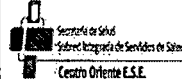
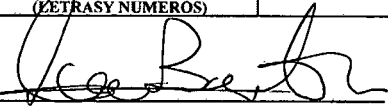
**VII. ANEXOS**

*(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



**ANA ROSA BARRETO CALDERON**  
 NOMBRE Y FIRMA DEL CONTRATISTA  
 CC: 38.290.709  
 CEL: 3115536224

		<b>SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E</b> <b>APOYO - GESTIÓN DE CONTRATACIÓN</b> <b>FORMATO CUENTA DE COBRO CONTRATO DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS</b> <b>Y DE APOYO A LA GESTIÓN</b>			<b>CÓDIGO: AP-IA-FT-014</b> <b>VERSIÓN: 6</b> <b>FECHA: 2024-09-16</b>	
<b>DATOS DEL CONTRATISTA</b>						
<b>FECHA DE DILIGENCIAMIENTO: 28/2/2025</b>						
<b>NOMBRES Y APELLIDOS:</b>	<b>ANA ROSA BARRETO CALDERON</b>			<b>CC:</b>	38.290.709	
<b>CORREO ELECTRÓNICO:</b>	aroba06@gmail.com			<b>RUT (NIT):</b>		
<b>DIRECCIÓN DOMICILIO:</b>	CL 6 D 80 B 89 TO 6 IN 1 AP 301			<b>TELÉFONO:</b>	3115536224	
				<b>CIUDAD:</b>	BOGOTÁ	
<b>Manifiesto bajo la gravedad del juramento que, en la declaración de renta del año gravable 2024.</b>						
<b>NO tomaré costos y deducciones</b>				<b>( X )</b>		
<b>SI tomaré costos y deducciones</b>				<b>( )</b>		
<p>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.</p>						
<b>Regimen Simple De Tributación : RESOLUCIÓN 00165 ARTICULO 12</b> Por la cual se debe informar por parte de los contribuyentes si optaron por el impuesto unificado bajo el Régimen Simple de Tributación					<b>SI ( )</b>	<b>NO ( X )</b>
<b>BANCO AL CUAL CONSIGNAR:</b>	<b>DAVIVIENDA</b>			<b>TIPO DE CUENTA:</b>	<b>AHORROS</b>	<b>N° CUENTA:</b>
<b>NOMBRE DEL BANCO (APLICA CUANDO EL BANCO NO SE ENCUENTRE EN LA LISTA DESPLEGABLE)</b>						007500887166
<b>NÚMERO DEL CONTRATO Y DATOS DE LA ÚLTIMA ADICIÓN (PERIODO OBJETO DE PAGO)</b>						
<b>N° DEL CONTRATO:</b>	<b>PS 5229 2024</b>	<b>N° CDP:</b>	<b>4053</b>	<b>N°CRP:</b>	<b>44753</b>	<b>PLAZO DEL CONTRATO INCLUIDAS PRORROGAS:</b>
						<b>TRES (3) MESES Y DIECINUEVE (19) DIAS</b>
<b>FECHA DE INICIO CONTRATO</b>	<b>24/10/2024</b>	<b>FECHA DE TERMINACIÓN CONTRATO:</b>	<b>9/02/2025</b>		<b>VALOR TOTAL DEL CONTRATO INCLUIDO ADICIONES :</b>	
					<b>\$ 16.760.883</b>	
<b>PERIODO OBJETO DE COBRO:</b>	<b>01/02/2025 AL 09/02/2025</b>					
<b>VALOR A PAGAR CORRESPONDIENTE AL PERIODO OBJETO DE COBRO EN (LETRAS Y NUMEROS)</b>	<b>\$ 1.383.926</b>					
	<b>UN MILLON TRESCIENTOS OCHENTA Y TRES MIL NOVECIENTOS VEINTISEIS PESOS M/CTE</b>					
						
<b>NOMBRE:</b>	<b>ANA ROSA BARRETO CALDERON</b>					
<b>CC</b>	<b>38.290.709</b>					
<b>CEL</b>	<b>3115536224</b>					



**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>	ANA ROSA BARRETO CALDERON
<b>NÚMERO DOCUMENTO DE IDENTIDAD</b>	38.290.709

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

<b>OBJETO DEL CONTRATO:</b>	PRESTAR SERVICIOS COMO PROFESIONAL EN SISTEMAS 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 5229 2024	<b>FECHA INICIO CONTRATO</b>	24/10/2024
--	--------------	------------------------------	------------

<b>VALOR INICIAL DEL CONTRATO</b>	\$ 6.150.783
-----------------------------------	--------------

<b>VALOR TOTAL DEL CONTRATO INCLUIDO ADICIONES:</b>	\$ 16.760.883	<b>VALOR DE HONORARIOS PERÍODO A CERTIFICAR:</b>	\$ 1.383.926
---	---------------	--	--------------

<b>Nº PAGO / Nº DE INFORME:</b>	6	<b>Nº CRP INICIAL:</b>		<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>	9480523929	<b>OPERADOR:</b>	APORTES EN LINEA
--	------------	------------------	------------------

<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>	\$ 1.383.926	<b>CDP DE LA</b>	4053	<b>RP DE LA</b>	49664	<b>TIEMPO</b>	UN (1) MES
<b>VALOR ADICIONADO</b>	\$ 4.613.087	<b>CDP DE LA</b>	4120	<b>RP DE LA</b>	50750	<b>TIEMPO</b>	UN (1) MES
<b>VALOR ADICIONADO</b>	\$ 4.613.087	<b>CDP DE LA</b>	46	<b>RP DE LA</b>	7716	<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>	

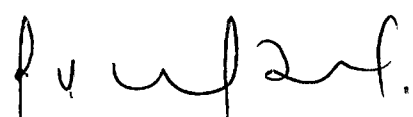
**IV. VERIFICACION DE ACTIVIDADES DESARROLLADAS**

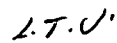
**SE VERIFICA QUE QUE HA CUMPLIDO CON LAS ACTIVIDADES ASIGNADAS DURANTE EL MES O PERIODO LABORADO Y SE APRUEBA PARA EL PAGO RESPECTIVO.**

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**



## Resumen General de Pago

DATOS GENERALES DEL APORTANTE									
Identificación	dv	Razon Social	Clase Aportante	Sucursal Principal	Direccion	Ciudad-Departamento	Teléfono	Exonerado SENA e ICBF	
CC 38290709		BARRETO CALDERON ANA ROSA	INDEPENDIENTE	PRINCIPAL	CL 6 D No 80b 89 Tr4 In3 Ap304	BOGOTA-BOGOTA D.E.	3051497	No	
DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION									
Periodo		Clave		Tipo	Fecha		Pago		
Pensión	Salud	Pago	Planilla	Planilla	Limite	Pago	Banco	Días Mora	Valor
2025-01	2025-01	1260272481	9480523929	1	2025/02/05	2025/02/12	BANCO DAVIVIENDA	7	\$611,000
RESUMEN DE PAGO									
RIESGO	CODIGO	NIT	DV	AFILIADOS	VALOR LIQUIDADO	INTERESES MORA	SALDOS E INCAPACIDADES	VALOR A PAGAR	
AFP (ADMINISTRADORAS: 1)				1	\$295,300	\$1,400	\$0	\$296,700	
COLPENSIONES	25-14	900,336,004	7	1	\$295,300	\$1,400	\$0	\$296,700	
ARL (ADMINISTRADORAS: 1)				1	\$45,000	\$300	\$0	\$45,300	
ARL SURA	14-11	890,903,790	5	1	\$45,000	\$300	\$0	\$45,300	
CCF (ADMINISTRADORAS: 1)				1	\$37,000	\$200	\$0	\$37,200	
COMPENSAR	CCF24	860,066,942	7	1	\$37,000	\$200	\$0	\$37,200	
EPS (ADMINISTRADORAS: 1)				1	\$230,700	\$1,100	\$0	\$231,800	
NUEVA E.P.S.	EPS037	900,156,264	2	1	\$230,700	\$1,100	\$0	\$231,800	
<b>TOTAL</b>				<b>1</b>	<b>\$608,000</b>	<b>\$3,000</b>	<b>\$0</b>	<b>\$611,000</b>	

## 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 38290709		BARRETO CALDERON ANA ROSA	INDEPENDIENTE	PRINCIPAL	CL 6 D No 80b 89 Tr4 In3 Ap304	BOGOTA-BOGOTA D.E.	3051497	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	1260272481	9480523929	I	2025/02/05	2025/02/12	BANCO DAVIVIENDA	7	\$611,000

LIQUIDACION DETALLADA DE APORTES																							
EMPLEADO				PENSION				SALUD				CCF				RIESGOS				PARAFISCALES			
No.	Identificación	Nombres	Código	Días	IBC	Aporte	Código	Días	IBC	Aporte	Código	Días	IBC	Aporte	Código	Días	IBC	Aporte	Días	IBC	Aporte		
Sucursal: PRINCIPAL ( 1 Afiliados)					\$1,845,600	\$295,300			\$1,845,600	\$230,700			\$1,845,600	\$37,000			\$1,845,600	\$45,000			\$0	\$0	
Centro de Trabajo: PRINCIPAL ( 1 Afiliados)					\$1,845,600	\$295,300			\$1,845,600	\$230,700			\$1,845,600	\$37,000			\$1,845,600	\$45,000			\$0	\$0	
Ciudad: BOGOTA Depto: BOGOTA D.E. ( 1 Afiliados)					\$1,845,600	\$295,300			\$1,845,600	\$230,700			\$1,845,600	\$37,000			\$1,845,600	\$45,000			\$0	\$0	
1	CC 38290709	BARRETO ANA	25-14	30	\$1,845,600	\$295,300	EPS037	30	\$1,845,600	\$230,700	CCF24	30	\$1,845,600	\$37,000	14-11	30	\$1,845,600	\$45,000	30		\$0	\$0	
<b>Total Afiliados( 1)</b>					\$1,845,600	\$295,300			\$1,845,600	\$230,700			\$1,845,600	\$37,000			\$1,845,600	\$45,000			\$0	\$0	



ANA ROSA BARRETO CALDERON &lt;aroba06@gmail.com&gt;


**PSE Transacción Aprobada - CUS 1260272481**

1 mensaje

serviciopse@achcolombia.com.co <serviciopse@achcolombia.com.co>  
Para: aroba06@gmail.com

11 de febrero de 2025, 18:32

**¡Hola, Ana Rosa Barreto Calderon!****Gracias por utilizar los servicios de BANCO DAVIVIENDA y PSE. los siguientes son los datos de tu transacción:**

Estado de la Transacción: **Aprobada**   
CUS: 1260272481  
Empresa: APORTES EN LINEA  
Descripción: Pago de la Planilla de aportes con clave: 9480523929  
Valor de la Transacción: \$ 611.000  
Fecha de Transacción: 11/02/2025

**Ten en cuenta estos tips de seguridad**

- Digita siempre manualmente la dirección del portal de tu Banco para asegurar que no estas siendo redirigido a un sitio que suplanta a tu Entidad Financiera.
- Utiliza dispositivos de uso personal o confiable para realizar tus pagos.
- Procura cambiar tus contraseñas bancarias frecuentemente.

