

**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**

**LUZ ELENA AMAYA SANCHEZ**

**NÚMERO DE DOCUMENTO DE IDENTIDAD:**

1.033.726.725

**OBJETO DEL CONTRATO:**

PRESTAR SERVICIO TECNICOS COMO AUXILIAR DE 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.

**CONTRATO DE PRESTACION DE SERVICIOS PROFESIONALES No.**

PS 4492 2025

**FECHA INICIO CONTRATO**

3/02/2025

**VALOR INICIAL DEL CONTRATO**

\$

6.330.148

**PLAZO INICIAL DEL CONTRATO**

TRES (3) MESES

**VALOR TOTAL DEL CONTRATO INCLUIDO ADICIONES:**

\$

6.330.148

**VALOR DE HONORARIOS PERÍODO A CERTIFICAR:**

\$ 2.086.862

**Nº DE INFORME:**

2

**Nº CRP:**

10527

**Nº CDP:**

254

**PLAZO TOTAL DEL CONTRATO INCLUIDO PRORROGAS**

TRES (3) MESES

**UNIDAD FUNCIONAL EJECUCIÓN DE ACTIVIDADES:**

6PM CENTRO DE SALUD PRIMERA DE MAYO

**NOMBRE DEL SUPERVISOR:**

LORENZA BECERRA CAMARGO

**II. MODIFICACIONES CONTRACTUALES**

**Nº DE MODIFICACIONES DEL CONTRATO:**

**TIPO DE MODIFICACIÓN**

ADICIONES

PRORROGAS

**VALOR ADICIONADO**

**CDP DE LA ADICIÓN:**

**CRP DE LA ADICIÓN:**

**TIEMPO PRORROGA DO:**

**III. POLIZAS**

**¿PACTÓ POLIZAS EN SU CONTRATO?**

SI

NO

X

**Nº DE PÓLIZA:**

N/A

**NOMBRE DE LA ASEGURADORA:**

N/A

**FECHA DE LA PÓLIZA**

N/A

**FECHA DE APROBACIÓN:**

N/A

**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  | se realiza búsqueda de usuarios en los diferentes aplicativos de CS para validar asignación y dar respuesta a SIRC de los curso de vida juventud Rutas de riesgo transmisibles, salud oral, visuales y auditivos en caso de no ser contactados el primer día se realiza seguimiento durante 3 días consecutivos en diferentes jornada. |
| 2  | se realiza seguimiento a base de usuarios con serología reactiva, se valida Historia Clínica, antecedentes de sífilis en caso de no ser abodardo se realiza búsqueda activa del mismo para debida asignación de cita   |
| 3  | se realiza búsqueda de usuarios de la EAPB Sanitas Y Famisanar para validar asignación y dar respuesta a SIRC del curso juventud. Rutas de riesgo transmisibles, salud oral, visuales y auditivos en caso de no ser contactados el primer día se realiza seguimiento durante 3 días consecutivos en diferentes jornada.                |
| 5  | Se realiza Seguimiento a canalizaciones SIRC Barreras de acceso para dar respuesta a Capital Salud, Famisanar Y Sanitas.   |
| 6  | Se realiza gestión de solicitud de citas via correo electronico, para asignación de citas de especialistas o resolutivas, activación de RPMS, georeferenciación en caso de cambio de IPS primaria. Notificación de citas.  |
| 7  | Se realiza autoagendamiento 3 veces por semana con mas de 12 usuarios al día. Para un total de 132 en el mes de noviembre mas las extras que se requieren, esto con el fin de dejar registro en HC.  |
| 8  | Se realiza demanda inducida a base de planificación familiar remitida por capital Salud cada semana.   |
| 9  | Se realiza gestión de canalización Modulo Activación de Ruta curso de vida Juventud  |
| 10 | Se realiza seguimiento para activación de la RPMS a usuario priorizados remitidos por IPS Aunar Salud fecha de entrega antes del 14 de febrero.  |
| 11 | Se realiza seguimiento a usuarios de la EAPB Famisanar que se encuentran en programa de PreP, para asignación de cita, validación de medicamento.  |
| 12 | Se asiste a reuniones establecidas por los lides o jefes para socializar avances, indicadores, y gestión de citas.   |

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

**No. DE PLANILLA:**

9483004827

**OPERADOR:**

**CONCEPTO DEL PAGO**

**ENTIDAD**

**FECHA DE PAGO**

**VALOR PAGADO**

SALUD:	SANITAS EPS	11/03/2025	\$	178.500
PENSIÓN:	PORVENIR	11/03/2025	\$	228.400
RIESGOS LABORALES:	SURA	11/03/2025	\$	34.800
OTRO				

**TOTAL PAGADO**

**\$ 441.700**


**VI. DECLARACIONES DEL CONTRATISTA**

- 1.- Que desarrollé las actividades descritas en el informe anexo, dentro del período 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 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 período correspondiente

  
 LUZ ELENA AMAYA SANCHEZ  
 CC: 1.033726725  
 CEL: 3195622885

**DATOS DEL CONTRATISTA**  
**FECHA DE DILIGENCIAMIENTO: (31/03/2025)**

NOMBRES Y APELLIDOS:	LUZ ELENA AMAYA SANCHEZ	CC:	1033726725
CORREO ELECTRÓNICO:	lhamaya2011@gmail.com	RUT (NIT):	1033726725
DIRECCIÓN DOMICILIO:	calle 15 numero 10-30	TELÉFONO:	3195622885
		CIUDAD:	BOGOTA

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

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:	912-180864-09
NOMBRE DEL BANCO (APLICA CUANDO EL BANCO NO SE ENCUENTRE EN LA LISTA DESPLEGABLE)					


**NÚMERO DEL CONTRATO Y DATOS DE LA ÚLTIMA ADICIÓN (PERIODO OBJETO DE PAGO)**

N° DEL CONTRATO:	PS 4492 2025	N° CDP:	254 /	N°. RP:	10527 /	PLAZO DEL CONTRATO INCLUIDAS PRORROGAS : TRES (3) MESES
------------------	--------------	---------	-------	---------	---------	---

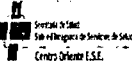
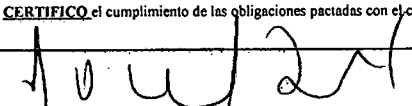
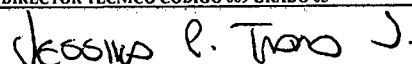
FECHA DE INICIO CONTRATO	3/02/2025	FECHA DE TERMINACIÓN CONTRATO:	30/04/2025	VALOR TOTAL DEL CONTRATO INCLUIDO ADICIONES: \$ 6.330.148
--------------------------	-----------	--------------------------------	------------	---

PERIODO OBJETO DE COBRO: DEL 01/03/2025 AL 31/03/2025 /

VALOR A PAGAR CORRESPONDIENTE AL PERIODO OBJETO DE COBRO EN (LETRAS Y NÚMEROS)	\$ 2.086.862
DOS MILLONES OCHENTA Y SEIS MIL OCHOCIENTOS SESENTA Y DOS PESOS (MCTE)	



**LUZ ELENA AMAYA SANCHEZ**  
 C.C 1.033.726.725  
 cel: 3195622885

 <b>SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E</b> <b>APOYO - GESTION DE CONTRATACION</b> <b>FORMATO INFORME DE SUPERVISION CONTRATO DE PRESTACION DE SERVICIOS Y APOYO A LA GESTION</b>		<b>CÓDIGO: AP-IA-FT-078</b> <b>VERSIÓN: 2</b> <b>FECHA: 2024-09-16</b>	
<b>CELEBRADO ENTRE LA SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E Y</b>			
<b>NOMBRE DEL CONTRATISTA</b>		LUZ ELENA AMAYA SANCHEZ	
<b>NÚMERO DOCUMENTO DE IDENTIDAD</b>		1.033.726.725 /	
<b>I. INFORMACION GENERAL DEL CONTRATO DE PRESTACION DE SERVICIOS</b>			
<b>OBJETO DEL CONTRATO:</b>	PRESTAR SERVICIO TECNICOS COMO AUXILIAR DE ENFERMERIA PARA DESARROLLAR ACTIVIDADES EN LA DIRECCION DE GESTION INTEGRAL DEL RIESGO EN SALUD DE LA SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E.		
<b>CONTRATO DE PRESTACION DE SERVICIOS PROFESIONALES No.</b>	PS4492 2025	<b>FECHA INICIO CONTRATO</b>	3/02/2025
<b>VALOR INICIAL DEL CONTRATO</b>	\$ 6.330.148,00		
<b>VALOR TOTAL DEL CONTRATO INCLUIDO ADICIONES:</b>	\$ 6.330.148,00	<b>VALOR DE HONORARIOS PERIODO A CERTIFICAR:</b>	\$ 2.086.862,00
<b>Nº PAGO / Nº DE INFORME:</b>	2	<b>Nº CRP INICIAL:</b>	10527 /
		<b>Nº CDP INICIAL DEL CONTRATO</b>	254 /
<b>PLAZO DEL CONTRATO INCLUYENDO PRORROGAS</b>	TRES (3) MESES		
<b>Nº DE PLANILLA DE PAGO DE SEGURIDAD SOCIAL:</b>	9483004827 /	<b>OPERADOR:</b>	APORTES EN LINEA /
<b>PROCESO EN DONDE SE EJECUTARON LAS ACTIVIDADES:</b>	COHORTE DE GESTION INTEGRAL DEL RIESGO EN SALUD		
<b>UNIDAD FUNCIONAL DE EJECUCION DE ACTIVIDADES:</b>	6PM CENTRO DE SALUD PRIMERA DE MAYO		
<b>NOMBRE DEL SUPERVISOR:</b>	LORENZA BECERRA CAMARGO		
<b>II. MODIFICACIONES CONTRACTUALES</b>			
<b>Nº DE MODIFICACION:</b>	<b>Nº</b>	<b>TIPO DE MODIFICACION (ADICION - PRORROGA):</b>	<b>ADICION</b>
<b>VALOR ADICIONADO</b>	<b>CDP DE LA ADICION:</b>	<b>RP DE LA ADICION:</b>	<b>TIEMPO PRORROGADO:</b>
			<b>PRORROGA</b>
<b>III. POLIZAS (SI APLICA)</b>			
<b>¿PACTO POLIZAS EN SU CONTRATO?</b>	SI	NO	X
<b>Nº DE PÓLIZA:</b>	NO	<b>NOMBRE DE LA ASEGURADORA:</b>	N/A
<b>FECHA DE LA PÓLIZA</b>	N/A	<b>ACTO ADMINISTRATIVO DE</b>	N/A
<b>IV. VERIFICACION DE ACTIVIDADES DESARROLLADAS</b>			
<b>SE VERIFICA QUE QUE HA CUMPLIDO CON LAS ACTIVIDADES ASIGNADAS DURANTE EL MES O PERIODO LABORADO Y SE APRUEBA PARA EL PAGO RESPECTIVO.</b>			
<b>ITEM</b>	<b>CUMPLIMIENTO DE REQUISITOS</b>	<b>SI</b>	<b>NO</b>
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, <b>CERTIFICO</b> el cumplimiento de las obligaciones pactadas con el contratista, para el pago correspondiente al periodo del ( 01/03/2025) AL (31/03/2025)			
<b>FIRMA DE QUIEN CONVALIDA EL CUMPLIMIENTO DE LAS OBLIGACIONES PARA EL PRESENTE PERIODO DE PAGO:</b>		 <b>NOMBRE Y FIRMA DEL SUPERVISOR:</b> LORENZA BECERRA CAMARGO <b>CARGO:</b> DIRECTOR TÉCNICO CÓDIGO 009 GRADO 05	
		 <b>NOMBRE Y FIRMA APOYO TECNICO DEL SUPERVISOR:</b> JESSIKA PAOLA TRIANA SAGASTUY <b>PERFIL:</b> LIDER DEL PROCESO	

DATOS GENERALES DEL APORTANTE								
Identificación	dv	Razon Social	Clase Aportante	Sucursal Principal	Dirección	Ciudad-Departamento	Teléfono	Exonerado SENA e ICBF
CC 1033726725		AMAYA SANCHEZ LUZ ELENA	INDEPENDIENTE	PRINCIPAL	clt 15 10 30	BOGOTA-BOGOTA D.E.	7721606	SI

DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION									
Periodo		Clave		Tipo	Fecha		Pago		
Pensión	Salud	Pago	Planilla	Planilla	Límite	Pago	Banco	Días Mora	Valor
2025-02	2025-02	1327221084	9483004827	I	2025/03/07	2025/03/11	NEQUI	4	\$441,700

LIQUIDACION DETALLADA DE APORTES																							
EMPLEADO					PENSION				SALUD				CCF				RIESGOS				PARAFISCALES		
No.	Identificación	Nombres		Codigo	Dias	IBC	Aporte	Codigo	Dias	IBC	Aporte	Codigo	Dias	IBC	Aporte	Codigo	Dias	IBC	Aporte	Dias	IBC	Aporte	
Sucursal: PRINCIPAL ( 1 Afiliados)						\$1,423,500	\$227,800			\$1,423,500	\$178,000			\$0	\$0			\$1,423,500	\$34,700			\$0	\$0
Centro de Trabajo: PRINCIPAL ( 1 Afiliados)						\$1,423,500	\$227,800			\$1,423,500	\$178,000			\$0	\$0			\$1,423,500	\$34,700			\$0	\$0
Ciudad: BOGOTA Depto: BOGOTA D.E. ( 1 Afiliados)						\$1,423,500	\$227,800			\$1,423,500	\$178,000			\$0	\$0			\$1,423,500	\$34,700			\$0	\$0
1	CC 1033726725	AMAYA LUZ	230301	30	\$1,423,500	\$227,800	EPS005	30	\$1,423,500	\$178,000		0	\$0	\$0	14-11	30	\$1,423,500	\$34,700	0		\$0	\$0	
<b>Total Afiliados ( 1)</b>						\$1,423,500	\$227,800			\$1,423,500	\$178,000			\$0	\$0			\$1,423,500	\$34,700			\$0	\$0

**DATOS GENERALES DEL APORTANTE**

Identificación	dv	Razon Social	Clase Aportante	Sucursal Principal	Dirección	Ciudad-Departamento	Teléfono	Exonerado SENA e ICBF
CC 1033726725		AMAYA SANCHEZ LUZ ELENA	INDEPENDIENTE	PRINCIPAL	cli 15 10 30	BOGOTA-BOGOTA D.E.	7721606	SI

**DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION**

Periodo		Clave		Tipo	Fecha		Pago		
Pensión	Salud	Pago	Planilla	Planilla	Limite	Pago	Banco	Días Mora	Valor
2025-02	2025-02	1327221084	9483004827	I	2025/03/07	2025/03/11	HEQUI	4	\$441,700

**RESUMEN DE PAGO**

RIESGO	CODIGO	NIT	DV	AFILIADOS	VALOR LIQUIDADO	INTERESES MORA	SALDOS E INCAPACIDADES	VALOR A PAGAR
AFP (ADMINISTRADORAS: 1)				1	\$227,800	\$600	\$0	\$228,400
PORVENIR	230301	800,224,808	8	1	\$227,800	\$600	\$0	\$228,400
ARL (ADMINISTRADORAS: 1)				1	\$34,700	\$100	\$0	\$34,800
ARL SURA	14-11	890,903,790	5	1	\$34,700	\$100	\$0	\$34,800
EPS (ADMINISTRADORAS: 1)				1	\$178,000	\$500	\$0	\$178,500
SANITAS	EPS005	800,251,440	6	1	\$178,000	\$500	\$0	\$178,500
<b>TOTAL</b>				<b>1</b>	<b>\$440,500</b>	<b>\$1,200</b>	<b>\$0</b>	<b>\$441,700</b>