

SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E
APOYO - GESTION 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

SANDRA PATRICIA GUERRERO GARCIA

NÚMERO DE DOCUMENTO DE IDENTIDAD:

52.372.572

OBJETO DEL CONTRATO:

PRESTAR SERVICIOS COMO PROMOTOR 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 PARA EL CONVENIO MAS BIENESTAR

CONTRATO DE PRESTACION DE SERVICIOS PROFESIONALES No.

PS 4776 2025

FECHA INICIO CONTRATO

10/02/2025

VALOR INICIAL DEL CONTRATO

\$ 4.920.528

PLAZO INICIAL
DEL CONTRATO

UN (1) MES Y VEINTINUEVE (29) DIAS

VALOR TOTAL DEL CONTRATO
INCLUIDO ADICIONES:

\$ 4.920.528

VALOR DE HONORARIOS PERÍODO A
CERTIFICAR:

\$ 2.460.264

Nº DE INFORME:

2

Nº CRP:

10775

Nº CDP:

504

PLAZO TOTAL DEL CONTRATO INCLUIDO
PROROGAS

UN (1) MES Y VEINTINUEVE (29) 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:

0

TIPO DE
MODIFICACIÓN

ADICIONES

0

PROROGAS

0

VALOR ADICIONADO

CDP DE LA ADICIÓN:

CRP DE LA
ADICIÓN:

TIEMPO
PROROGADO:

VALOR ADICIONADO

CDP DE LA ADICIÓN:

CRP DE LA
ADICIÓN:

TIEMPO
PROROGADO:

III. POLIZAS

¿PACTÓ POLIZAS EN SU CONTRATO?

SI

NO

X

Nº DE POLIZA:

NOMBRE DE LA ASEGURADORA:

FECHA DE LA POLIZA

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 actividades específicas realizadas durante el mes)

ÍTEM

1 ALISTAMIENTO DE PAPELERIA, CRONOGRAMAS E IDENTIFICACIÓN DE MAPAS EN TERRITORIO

2 ASISTENCIA PRESENCIAL A REUNION EN SECRETARIA DE SALUD ASISTENCIA PRESENCIAL A FIRMA DE ADICION EN FISICO DE CONTRATO

3 CARACTERIZACIÓN A FAMILIAS EN TERRENO, SE REALIZA TAMIZAJE DE MEDIDAS ANTROPOMETRICAS, Y SE DERIVAN PARA PROFESIONALES DE ACUERDO A LOS RIESGOS

4 DILIGENCIAMIENTO DE CRONOGRAMA Y REPORTE DE USUARIOS EN APLICATIVO GTAPS-SDS

5 REALIZACIÓN DE FICHAS DE CANALIZACION, SE ENVIAN DENTRO DEL TIEMPO ESTIPULADO PARA RESPUESTA OPORTUNA

6 ASISTENCIA A REUNIONES PRESENCIALES Y VIRTUALES CONVOCADAS POR LIDERES OOPERATIVOS

7 ENTREGA DE PLANILLAS DEBIDAMENTE DILIGENCIADAS

8 SE REALIZAN VISITAS DE CASOS DE RUTEO ASIGANDOS, DANDO RESPUESTA DE CADA UNO DE ELLOS

9 SE LLENA PLANTILLA CON LOS DATOS DE LAS VISITAS REALIZADAS DURANTE EL MES DE EN EL TERRITORIO 001301 DE LA LOCALIDAD SAN CRISTÓBAL

10 SE IDENTIFICA RIESGOS EN SALUD DE LA POBLACIÓN MEDIANTE CARACTERIZACIONES Y ACTUALIZACIONES EN LA LOCALIDAD CORRESPONDIENTE

V. INFORMACIÓN DE APORTES A SEGURIDAD SOCIAL

No. DE PLANILLA:

1070343295

OPERADOR:

SIMPLE

CONCEPTO DEL PAGO

ENTIDAD

FECHA DE PAGO

VALOR PAGADO

SALUD:

SANITAS

12/03/2025

\$

178.000

PENSIÓN:

COLFONDOS

12/03/2025

\$

227.800

RIESGOS LABORALES:

SURA

12/03/2025

\$

34.700

OTRO

TOTAL PAGADO

\$

440.500

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 calculó 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 SMMMLV (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)

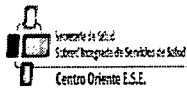
Anexar evidencias fotográficas y/o documentales que soporten las actividades realizadas en el período correspondiente

SANDRA PATRICIA GUERRERO

NOMBRE Y FIRMA DEL CONTRATISTA: SANDRA PATRICIA GUERRERO GARCIA

C: 52.372.572

TEL 3178428128



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: 31/03/2025

NOMBRES Y APELLIDOS:	SANDRA PATRICIA GUERRERO GARCIA	CC:	52.372.572
		RUT (NIT):	52.372.572
CORREO ELECTRÓNICO:	spguerrero.centroorientec@gmail.com	TELÉFONO:	3178428128
DIRECCIÓN DOMICILIO:	CL 81 BIS 8 B 04 ESTE	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.

Régimen 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 DAVIVIENDA				
NOMBRE DEL BANCO (APLICA CUANDO EL BANCO NO SE ENCUENTRE EN LA LISTA DESPLÉGABLE)		TIPO DE CUENTA:	AHORROS	N° CUENTA:	4870282383

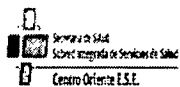
NÚMERO DEL CONTRATO Y DATOS DE LA ÚLTIMA ADICIÓN (PERIODO OBJETO DE PAGO)

N° DEL CONTRATO:	PS 4776 2025	N° CDP:	504	N° CRP:	10775	PLAZO DEL CONTRATO INCLUIDAS PRORROGAS:
FECHA DE INICIO CONTRATO	10/02/2025	FECHA DE TERMINACIÓN CONTRATO:	09/04/2025			TOTAL DEL CONTRATO INCLUIDO ADICIONES: \$ 4.920.528
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)	\$ 2.460.264					
	DOS MILLONES CUATROCIENTOS SESENTA MIL DOSCIENTOS SESENTA Y CUATRO PESOS					

SANDRA PATRICIA GUERRERO

NOMBRE Y FIRMA DEL CONTRATISTA: SANDRA PATRICIA GUERRERO GARCIA

CC: 52.372.572
CEL: 3178428128



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-IA-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

SANDRA PATRICIA GUERRERO GARCIA

NÚMERO DOCUMENTO DE IDENTIDAD

52.372.572

I. INFORMACION GENERAL DEL CONTRATO DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS

OBJETO DEL CONTRATO:

PRESTAR SERVICIOS COMO PROMOTOR 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 PARA EL CONVENIO MAS BIENESTAR

CONTRATO DE PRESTACION DE SERVICIOS PROFESIONALES
No.

PS 4776 2025

FECHA INICIO CONTRATO

10/02/2025

VALOR INICIAL DEL CONTRATO

\$ 4.920.528

VALOR TOTAL DEL
CONTRATO INCLUIDO
ADICIONES:

\$ 4.920.528

VALOR DE HONORARIOS
PERÍODO A CERTIFICAR:

\$ 2.460.264

Nº PAGO / Nº DE INFORME:

2 de 2

Nº CRP
INICIAL:

10775

Nº CDP INICIAL
DEL CONTRATO

504

PLAZO DEL CONTRATO
INCLUYENDO PRORROGAS

UN (1) MES Y VEINTINUEVE (29) DIAS

Nº DE PLANILLA DE PAGO DE SEGURIDAD SOCIAL:

1070343295

OPERADOR:

SIMPLE

PROCESO EN DONDE SE EJECUTARON LAS ACTIVIDADES:

CONVENIO MAS BIENESTAR - DIRECCION DE GESTION 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:		TIPO DE MODIFICACIÓN (ADICIÓN - PRÓRROGA):					
VALOR ADICIONADO		CDP DE LA ADICIÓN:		RP DE LA ADICIÓN:		TIEMPO PRORROGADO:	
VALOR ADICIONADO		CDP DE LA ADICIÓN:		RP DE LA ADICIÓN:		TIEMPO PRORROGADO:	

III. POLIZAS (SI APLICA)

Nº DE PÓLIZA:		NOMBRE DE LA ASEGURADORA:	
FECHA DE LA PÓLIZA		ACTO ADMINISTRATIVO DE	

IV. VERIFICACION DE ACTIVIDADES DESARROLLADAS

SE VERIFICA 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 01/03/2025 al 31/03/2025

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

PAGADA 12/03/2025 EN HORARIO EXTENDIDO

APORTANTE

	SANDRA PATRICIA GUERRERO GARCIA		
	CC52372572	Dirección	CL 81BIS #8 B - 04
sa	INDEPENDIENTE	Teléfono	3178428128
	NATURAL	Forma Presentación	ÚNICO
	BOGOTA D.C.	Departamento	BOGOTA D.C.
Legal		Identificación	
	1	ARP	ARL SURA

DEL APORTANTE

Datos Afiliado			Novedades												Pensiones			Salud			Riesgos			Cajas			Parafiscales				Total									
Idios y Nombres	Tipo Cotizante	Subtipo Cotizante	ING	RET	RET P	TDE	TAE	TDP	TAP	VSP	COR	VST	SLN	UGE	LMA	VAC	AVP	VCT	IRP	Dias AFP	Dias EPS	Dias ARP	Dias CCF	Administradora	IBC Pensión	Aporte Pensión	Administradora	IBC Salud	Aporte Salud	Tarifa	IBC Riesgos	Aporte Riesgos	Administradora	IBC Caja	Aporte Caja	Aporte Sana	Aporte ICBF	ESAP	Aporte Ministerio	Total
PATRICIA GUERRERO GARCIA	59	0																	0	30	30	30	0	(231001) COLFONDOS	\$1,423,500	\$227,800	(EPS005) EPS SANITAS	\$1,423,500	\$178,000	2,436	\$1,423,500	\$34,700	(NING-CC) NINGUNA CCF	\$0	\$0	\$0	\$0	\$0	\$0	\$440,500

RESUMEN

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	Incapacidades ARP	SUBTOTAL SIN INTERESES DE MORA	TOTAL INTERESES DE MORA	TOTAL FINAL
\$1,423,500	\$1,423,500	\$0	\$227,800	\$178,000	\$34,700	\$0	\$0	\$0	\$0	\$0	\$0	\$0	\$440,500	\$0	\$440,500





MAR 11 2025 19:40:46 RBMDES 9.90

CORRESPONSAL

BANCOLOMBIA

BARRIO YOMASA 7 BOGOTA

CR 8 C BIS 81 97 SUR

C. UNICO: 3007029471 TER: BBBBV740

RECIBO: 248357

RRN: 325792

APRO: 544663

RECAUDO

CONVENIO: 92707

RIN ENEL COLOMBIA SA

REF: 0000000000000000000052514

VALOR \$ 450.600

**TU CORRESPONSAL BANCARIO NO DEBE COBRARTE POR
HACER ESTA TRANSACCION.**

Bancolombia es responsable por los servicios
prestados por el CB. El CB no puede prestar
servicios financieros por su cuenta. Verifique
que la informacion en este documento este
correcta. Para reclamos comuniquese al
018000912345. Conserve esta tirilla como
soporte.

*** **COMERCIO** ***

