

 <div>Ministerio de Salud Secretaría de Salud Centro Oriente E.S.E.</div>	<div>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</div>	<div>CÓDIGO: AP-1A-FT-077 VERSIÓN: 2 FECHA: 2024-09-16</div>
CELEBRADO ENTRE LA SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E Y		
LEIDY LEANA CUELLAR CRUZ		
NÚMERO DE DOCUMENTO DE IDENTIDAD:		1.022.322.898
OBJETO DEL CONTRATO:	PRESTAR SERVICIOS COMO PROMOTOR 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 4630 2025	FECHA INICIO CONTRATO 08/02/2025
VALOR INICIAL DEL CONTRATO	\$ 5.084.546	PLAZO INICIAL DEL CONTRATO UN (1) MES Y VEINTINUEVE (29) DIAS
VALOR TOTAL DEL CONTRATO INCLUIDO ADICIONES:	\$ 5.084.546	VALOR DE HONORARIOS PERÍODO A CERTIFICAR: \$ 2.460.264
Nº DE INFORME:	2	Nº CRP: Nº CDP: 478
PLAZO TOTAL DEL CONTRATO INCLUIDO PRORROGAS	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 TÉCNICO CODIGO 009 GRADO 05	
II. MODIFICACIONES CONTRACTUALES		
Nº DE MODIFICACIONES DEL CONTRATO:	0	TIPO DE MODIFICACIÓN ADICIONES 0 PRORROGAS 0
VALOR ADICIONADO	CDP DE LA ADICIÓN:	CRP DE LA ADICIÓN: TIEMPO PRORROGADO:
VALOR ADICIONADO	CDP DE LA ADICIÓN:	CRP DE LA ADICIÓN: TIEMPO PRORROGADO:
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 PERÍODO, 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	ASISTENCIA A REUNIONES DE EQUIPO PROGRAMADAS POR LÍDERES OPERATIVOS Y SDS	
2	SE HACE ENTREGA DEL CRONOGRAMA Y EL INFORME DE ACTIVIDADES DEL MES CORRESPONDIENTE AL APOYO DEL EQUIPO	
3	SE REALIZA CARATERIZACION Y ACTUALIZACION E IDENTIFICACION DEL RIESGO EN SALUD EN LAS UPZ 036 CORRESPONDIENTE AL BARRIO LOS PUJOS Y PARA EL RESTO DEL MES SE REALIZAN CARACTERIZACION Y ACTUALIZACION EN LA MISMA. Y RUTEO EN BARRIO CONTRISUR DE CRONICOS	
4	SE REALIZA CARACTERIZACION DE RUTEO EN LOS DIFERENTES BARRIOS ASIGNADOS, GUSTAVO RÍSTREPO PRIORIDADES DE SALUD MENTAL	
5	SE REALIZA CARACTERIZACION DE LA BASE DE RUTEO RBC EN LOS DIFERENTES BARRIOS ASIGNADOS	
6	ABORDAJE DE LOS CASOS PRIORIZADOS POR RCB Y SE HACE BARRIDO CORRESPONDIENTE	
7	SE REALIZA CARACTERIZACION ALAS PERSONAS QUE ACEPTA LA VISITA DE LOS DIFERENTES PERFILES	
8	TRABAJO ADMINISTRATIVO EN CASA PARA ALISTAMIENTO FORMATO DE FIRMAS Y ESTRATEGIA A ABORDAR	
9	ASISTENCIA A PREAUDITORIA	
10	DAR CUMPLIMIENTO A LA META ESTIPULADA	
V. INFORMACIÓN DE APORTES A SEGURIDAD SOCIAL		
No. DE PLANILLA:	1071172268	OPERADOR: SIMPLE
CONCEPTO DEL PAGO	ENTIDAD	FECHA DE PAGO VALOR PAGADO
SALUD:	SANITAS	13/03/2025 \$ 94.900
PENSIÓN:	PORVENIR	13/03/2025 \$ 121.500
RIESGOS LABORALES:	SURA	13/03/2025 \$ 18.500
OTRO		
TOTAL PAGADO		\$ 234.900
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 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 SMMLV (de ser el primer pago adjunto certificaciones de afiliación a EPS, ARL, Pensión, RUT) 3.- Que adjunto evidencia del cargo 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		
NOMBRE Y FIRMA DEL CONTRATISTA: LEIDY LEANA CUELLAR CRUZ CC: 1.022.322.898 CEL 3108045708		



SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E
APOYO - GESTIÓN 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:	LEIDY LEANA CUELLAR CRUZ	CC:	1.022.322.898
		RUT (NIT):	1.022.322.898
CORREO ELECTRÓNICO:	anale07@hotmail.com	TELÉFONO:	3108045708
DIRECCIÓN DOMICILIO:	CL 44 72U 31 SUR	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

BANCO AL CUAL CONSIGNAR:	BANCO DAVIVIENDA			SI ()	NO (X)
NOMBRE DEL BANCO (APLICA CUANDO EL BANCO NO SE ENCUENTRE EN LA LISTA DESPLÉGABLE)		TIPO DE CUENTA:	AHORROS	Nº CUENTA:	0550488411324947

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

Nº DEL CONTRATO:	PS 4630 2025	Nº CDP:	478	Nº CRP:		PLAZO DEL CONTRATO INCLUIDAS PRORROGAS: 0
FECHA DE INICIO CONTRATO	08/02/2025	FECHA DE TERMINACIÓN CONTRATO:		09/04/2025		TOTAL DEL CONTRATO INCLUIDO ADICIONES: \$ 5.084.346
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					

NOMBRE Y FIRMA DEL CONTRATISTA: LEIDY LEANA CUELLAR CRUZ

CC: 1.022.322.898
CEL: 3108045708



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

LEIDY LEANA CUELLAR CRUZ

NÚMERO DOCUMENTO DE IDENTIDAD

1.022.322.898

I. INFORMACION GENERAL DEL CONTRATO DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS

OBJETO DEL CONTRATO:

PRESTAR SERVICIOS COMO PROMOTOR 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 4630 2025

FECHA INICIO CONTRATO

08/02/2025

VALOR INICIAL DEL CONTRATO

\$ 5.084.546

VALOR TOTAL DEL
CONTRATO INCLUIDO
ADICIONES:

\$ 5.084.546

VALOR DE HONORARIOS
PERÍODO A CERTIFICAR:

\$ 2.460.264

Nº PAGO / Nº DE INFORME:

2 de 2

Nº CRP
INICIAL:

Nº CDP INICIAL
DEL CONTRATO

478

PLAZO DEL CONTRATO

INCLUYENDO PRORROGAS

UN (1) MES Y VEINTINUEVE (29) DIAS

Nº DE PLANILLA DE PAGO DE SEGURIDAD SOCIAL:

1071172268

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 Lcy 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 TEJERIZO VALBUENA

PROFESIONAL ESPECIALIZADO, LIDER CONVENIO MAS BIENESTAR

1. NAME OF THE PARTY OR PERSON 2. ADDRESS 3. CITY 4. STATE 5. ZIP CODE		6. DATE OF BIRTH 7. SEX 8. RACE 9. RELIGION 10. OCCUPATION	
11. EDUCATION 12. MARITAL STATUS 13. NUMBER OF CHILDREN 14. DATE OF MARRIAGE		15. DATE OF DEATH 16. CAUSE OF DEATH 17. PLACE OF DEATH 18. DATE OF BURIAL	
19. NAME OF THE PARTY OR PERSON 20. ADDRESS 21. CITY 22. STATE 23. ZIP CODE		24. DATE OF BIRTH 25. SEX 26. RACE 27. RELIGION 28. OCCUPATION	
29. EDUCATION 30. MARITAL STATUS 31. NUMBER OF CHILDREN 32. DATE OF MARRIAGE		33. DATE OF DEATH 34. CAUSE OF DEATH 35. PLACE OF DEATH 36. DATE OF BURIAL	
37. NAME OF THE PARTY OR PERSON 38. ADDRESS 39. CITY 40. STATE 41. ZIP CODE		42. DATE OF BIRTH 43. SEX 44. RACE 45. RELIGION 46. OCCUPATION	
47. EDUCATION 48. MARITAL STATUS 49. NUMBER OF CHILDREN 50. DATE OF MARRIAGE		51. DATE OF DEATH 52. CAUSE OF DEATH 53. PLACE OF DEATH 54. DATE OF BURIAL	
55. NAME OF THE PARTY OR PERSON 56. ADDRESS 57. CITY 58. STATE 59. ZIP CODE		60. DATE OF BIRTH 61. SEX 62. RACE 63. RELIGION 64. OCCUPATION	
65. EDUCATION 66. MARITAL STATUS 67. NUMBER OF CHILDREN 68. DATE OF MARRIAGE		69. DATE OF DEATH 70. CAUSE OF DEATH 71. PLACE OF DEATH 72. DATE OF BURIAL	
73. NAME OF THE PARTY OR PERSON 74. ADDRESS 75. CITY 76. STATE 77. ZIP CODE		78. DATE OF BIRTH 79. SEX 80. RACE 81. RELIGION 82. OCCUPATION	
83. EDUCATION 84. MARITAL STATUS 85. NUMBER OF CHILDREN 86. DATE OF MARRIAGE		87. DATE OF DEATH 88. CAUSE OF DEATH 89. PLACE OF DEATH 90. DATE OF BURIAL	
91. NAME OF THE PARTY OR PERSON 92. ADDRESS 93. CITY 94. STATE 95. ZIP CODE		96. DATE OF BIRTH 97. SEX 98. RACE 99. RELIGION 100. OCCUPATION	
101. EDUCATION 102. MARITAL STATUS 103. NUMBER OF CHILDREN 104. DATE OF MARRIAGE		105. DATE OF DEATH 106. CAUSE OF DEATH 107. PLACE OF DEATH 108. DATE OF BURIAL	

Simple.

PAGOSIMPLE |

AUTOLIQUIDACION
CONSOLIDADA

Fecha creación reporte: 2025-03-13, 03:42:31 PM

Tipo Planilla: I: PLANILLA INDEPENDIENTES

Numéro Planilla: 1071172268

Periodo Cotización: febrero de 2025

Periodo Servicio: febrero de 2025

Referencia pago (PIN): 8822985544

PAGADO 13/03/2025

I. DATOS DEL APORTANTE

Razón Social	LEIDY LEANA CUELLAR CRUZ			Dirección	CL 44 #72 U - 31 SUR
Documento	CC1022322898			Teléfono	3108045708
Tipo de Empresa	INDEPENDIENTE			Forma Presentación	ÚNICO
Tipo Persona	NATURAL			Departamento	BOGOTA D.C.
Ciudad	BOGOTA D.C.			Identificación	
Representante Legal				ARP	ARL SURA
Total Afiliados	1				

II. DETALLE DEL APORTANTE

Datos del Afiliado				Novedades																		Pensiones			Salud			Riesgos			Cajas			Parafiscales					Total
Identificación	Apellidos y Nombres	Tipo Cotizante	Subtipo Cotizante	ING	RET	RET P	TAR	TAR P	TAR R	VSP	CDR	VST	KCE	LMA	VAC	AVP	VCT	RT	Rea	Rea P	Rea R	Rea 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	EBAP	Aporte Ministerio	Total
CC 1022322898	LEIDY LEANA CUELLAR CRUZ	58	00	X														0	16	16	16	0	(230301) PORVENIR	\$ 759.200	\$ 121.500	(EPS005) EPS SANITAS	\$ 759.200	\$ 94.900	2,438	\$ 759.200	\$ 18.500	(NIN-CC) NINGUNA CCF	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 234.900

III.TOTALES

IBC Pensión	IBC Salud	IBC Riesgos	IBC Cajas	Aportes Pensión	Aportes Salud	Aportes Riesgos	Aportes Cajas	Aportes Sens	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
\$ 759.200	\$ 759.200	\$ 759.200	\$ 0	\$ 121.500	\$ 94.900	\$ 18.500	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 234.900	\$ 0	\$ 234.900

100

If -067-02559

11

Food:

Robustness: must

2010

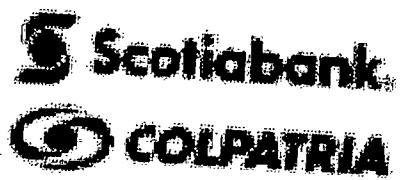
101

1

100

STRENGTH LAB 2010

SEATOR, JR.



CORRESPONSAL BANCARIO SCOTIABANK
COLPATRIA Puntored no te cobra por
esta transacción Pago de facturas

TRANSACCIÓN EXITOSA

Fecha	13/03/2025
Hora	15:22:25
Terminal	397233
Convenio	PILA PLANILLA ASISTIDA SIMPLE
Cod. Convenio	0408
Referencia	8822985544
Valor	\$234,800
Transacción	001128062150
Usuario	JOHN ALEXANDER CASTAÑEDA MORENO

Línea de atención personalizada en
Bogotá:
3487881 Resto del País: 01 8000 960
505

Aquí también puede pagar su tarjeta
de
credito y créditos de consumo del
Banco
Scotiabank Colpatría

BANCO SCOTIABANK COLPATRIA VIGILADO
SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE
COLOMBIA

