



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

CAMILO ANDRES LOMBANA BERNAL

NÚMERO DE DOCUMENTO DE IDENTIDAD:		1.033.784.752			
OBJETO DEL CONTRATO:	PRESTAR SERVICIOS COMO NUTRICIONISTA 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 4693 2025	FECHA INICIO CONTRATO	08/02/2025		
VALOR INICIAL DEL CONTRATO	\$ 8.262.434	PLAZO INICIAL DEL CONTRATO	UN (1) MES Y VEINTINUEVE (29) DIAS		
VALOR TOTAL DEL CONTRATO INCLUIDO ADICIONES:	\$ 23.537.183	VALOR DE HONORARIOS PERÍODO A CERTIFICAR:	\$ 4.036.691		
Nº DE INFORME:	2 DE 2	Nº CRP:	10732 /	Nº CDP:	478 /
PLAZO TOTAL DEL CONTRATO INCLUIDO PRORROGAS	CINCO (5) MESES Y VEINTE (20) DÍAS				
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:	1	TIPO DE MODIFICACIÓN	ADICIONES	1	PRORROGAS	1
VALOR ADICIONADO	\$ 15.274.749	CDP DE LA ADICIÓN:	1185 /	CRP DE LA ADICIÓN:		TIEMPO PRORROGADO: TRES (3) MESES Y VEINTIUN (21) DIAS
VALOR ADICIONADO		CDP DE LA ADICIÓN:		CRP DE LA ADICIÓN:		TIEMPO PRORROGADO:

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 actividades específicas realizadas durante el mes)

1	SE REALIZAN ATENCIONES COLECTIVAS EN LA LOCALIDAD DE RAFAEL URIBE URIBE, ANTONIO NARINO, Y MARTIRES CUMPLIENDO CON LAS ACTIVIDADES ESTABLECIDAS DE ACUERDO AL CRONOGRAMA Y A LO DISPUESTO EN LA RESOLUCIÓN 3280 DE 2018, PARA DAR CUMPLIMIENTO A LOS EVENTOS DE INTERÉS EN SALUD PÚBLICA. ESTAS ATENCIONES SE CENTRAN EN LOS EVENTOS PRIORITARIOS DE INTERVENCIÓN, INCLUYENDO EL SEGUIMIENTO Y ACOMPAÑAMIENTO A FAMILIAS CON NIÑOS Y NIÑAS CON DESNUTRICIÓN AGUDA, MENORES CON EXCESO DE PESO, FAMILIAS CON NIÑOS Y NIÑAS MENORES DE CINCO AÑOS Y
2	SE REALIZAN ACCIONES COLECTIVAS DIRIGIDAS A COHORTES PRIORIZADAS, QUE INCLUYEN LA IDENTIFICACIÓN DE POSIBLES RIESGOS EN EL ENTORNO FAMILIAR, DETECCIÓN DE PERSONAS Y FAMILIAS VULNERABLES Y EVALUACIÓN DE CONDICIONES GENERALES DE SALUD, CON ÉNFASIS EN ACTIVIDAD FÍSICA Y EJERCICIO, ENFERMEDADES RESPIRATORIAS Y HÁBITOS DE VIDA SALUDABLE. SE BRINDA INFORMACIÓN EN SALUD MEDIANTE ESTRATEGIAS EDUCATIVAS ORIENTADAS A LA PROMOCIÓN, PREVENCIÓN Y MANTENIMIENTO DE LA SALUD, CON ENFOQUE EN LA IMPORTANCIA DE LA ACTIVIDAD FÍSICA DIARIA, HÁBITOS NUTRICIONALES
3	SE ASISTE A LAS ASISTENCIAS TÉCNICAS PROGRAMADAS PARA EL FORTALECIMIENTO DE CAPACIDADES, CON ENFOQUE EN EL FORTALECIMIENTO DE CONOCIMIENTOS SOBRE LINEAMIENTOS, FICHAS TÉCNICAS, ASEGURAMIENTO, RUTAS DE ATENCIÓN INTEGRAL EN SALUD Y CANALIZACIONES.
4	SE REALIZA APROPIACIÓN CONCEPTUAL DEL LINEAMIENTO TÉCNICO, FICHAS TÉCNICAS, CAJA DE HERRAMIENTAS Y FORMATOS DE ACUERDO CON LA VIGENCIA ACTUAL, POR LO CUAL SE ELABORA Y ENTREGA ACTA DE APROPIACIÓN, EN LA CUAL SE REGISTRA EL PROCESO DE FORMACIÓN Y LA ADQUISICIÓN DE CONOCIMIENTOS POR PARTE DEL EQUIPO.
5	SE REALIZA REGISTRO DE LAS ACCIONES ADELANTADAS EN EL APLICATIVO GTAPS PARA EL PRESENTE PERIODO, INCLUYENDO ACCIONES DE SEGUIMIENTO CON ENFOQUE EN LA CALIDAD Y OPORTUNIDAD DE LAS INTERVENCIONES. ASÍ MISMO, SE ENTREGA DE FORMA FÍSICA LOS SOPORTES DE LAS ACCIONES REALIZADAS, QUE INCLUYEN LA PLANILLA DE FIRMAS. ADEMÁS, SE VERIFICA LA CONSISTENCIA DE LA INFORMACIÓN INGRESADA EN EL SISTEMA, ASEGURANDO QUE CADA REGISTRO CORRESPONDA A LAS ACTIVIDADES PROGRAMADAS Y EJECUTADAS, Y GARANTIZANDO QUE LOS SOPORTES SE ENCUENTREN COMPLETOS Y
6	SE DILIGENCIA FORMATO DE CANALIZACIÓN CON CALIDAD Y VERIFICACION DEL DATO DENTRO DE LAS PRIMERAS 24 HORAS PROCESO DE CANALIZACION Y TENIENDO EN CUENTA LO DESCRITO EN EL LINEAMIENTO Y LO DISPUESTO EN LA RESOLUCION 3280 DE 2018.
7	ASISTIR A REUNIONES CONVOCADAS POR LIDERES OPERATIVOS
8	ENTREGAR OPORTUNAMENTE SOPORTES REQUERIDOS DENTRO DEL PERFIL DEL CONVENIO
9	ENTREGAR CUENTAS DE COBRO DENTRO DE LOS TIEMPOS ESTABLECIDOS
10	REALIZAR CRONOGRAMA DE ACTIVIDADES

V. INFORMACIÓN DE APORTES A SEGURIDAD SOCIAL

No. DE PLANILLA:	9482359430	OPERADOR:	APORTES EN LINEA
CONCEPTO DEL PAGO	ENTIDAD	FECHA DE PAGO	VALOR PAGADO
SALUD:	FAMISANAR	11/04/2025	\$ 178.000
PENSIÓN:	COLFONDOS	11/04/2025	\$ 227.800
RIESGOS LABORALES:	POSITIVA	11/04/2025	\$ 34.700
OTRO			
TOTAL PAGADO			\$ 440.500

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 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 SMLMV (de ser el primer pago adjunto certificaciones de afiliación a EPS, ARL, Pensión, RUT)
- Que adjunto evidencia del cargue en el aplicativo SECOP de la cuenta correspondiente al mes objeto de cobro.
- Que autorizo los impuestos a que estoy obligado a pagar, por ocasión al señalado contrato.

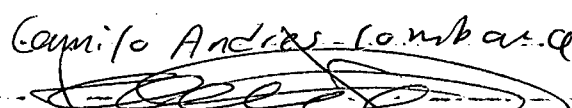
VII. ANEXOS

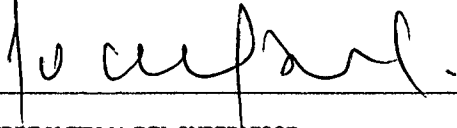
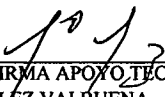
(Cuando se requiera como una de las obligaciones del contrato)

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

Camilo Andres Lombana Bernal

NOMBRE Y FIRMA DEL CONTRATISTA: CAMILO ANDRES LOMBANA BERNAL
CC: 1.033.784.752
CEL 3115307902

 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 - 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: 30/04/2025						
NOMBRES Y APELLIDOS:		CAMILLO ANDRÉS LOMBANA BERNAL			CC:	1.033.784.752
CORREO ELECTRÓNICO:		ouchinni64@hotmail.com			RUT (NIT):	1.033.784.752
DIRECCIÓN DOMICILIO:		KR 14D BIS 76B 41 SUR			TELÉFONO:	3115307902
					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:		SCOTIABANK COLPATRIA				
NOMBRE DEL BANCO (APLICA CUANDO EL BANCO NO SE ENCUENTRE EN LA LISTA DESPLEGABLE)		TIPO DE CUENTA:		Nº CUENTA:	1562043185	
		AHORROS				
NÚMERO DEL CONTRATO Y DATOS DE LA ÚLTIMA ADICIÓN (PERIODO OBJETO DE PAGO)						
Nº DEL CONTRATO:	PS 4693 2025	Nº CDP:	1185	Nº CRP:	PLAZO DEL CONTRATO INCLUIDAS PRORROGAS: CINCO (5) MESES Y VEINTE (20) DÍAS	
FECHA DE INICIO CONTRATO	08/02/2025	FECHA DE TERMINACIÓN CONTRATO:		31/07/2025	TOTAL DEL CONTRATO INCLUIDO ADICIONES: \$ 23.537.183	
PERIODO OBJETO DE COBRO:		DEL		01/04/2025	AL 30/04/2025	
VALOR A PAGAR CORRESPONDIENTE AL PERIODO OBJETO DE COBRO EN (LETRAS Y NÚMEROS)		\$ 4.036.691 CUATRO MILLONES TREINTA Y SEIS MIL SEISCIENTOS NOVENTA Y UN PESOS				
						
NOMBRE Y FIRMA DEL CONTRATISTA: CAMILO ANDRES LOMBANA BERNAL						
CC:		1.033.784.752				
CEL:		3115307902				

		SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E APOYO – GESTION DE CONTRATACIÓN		CÓDIGO: AP-IA-FT-078 VERSIÓN: 2 FECHA: 2024-09-16	
FORMATO INFORME DE SUPERVISION CONTRATO DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS Y APOYO A LA GESTION					
CELEBRADO ENTRE LA SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E Y					
NOMBRE DEL CONTRATISTA			CAMILO ANDRES LOMBANA BERNAL		
NÚMERO DOCUMENTO DE IDENTIDAD			1.033.784.752		
I. INFORMACION GENERAL DEL CONTRATO DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS					
OBJETO DEL CONTRATO:		PRESTAR SERVICIOS COMO NUTRICIONISTA 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 4693 2025		FECHA INICIO CONTRATO 08/02/2025	
VALOR INICIAL DEL CONTRATO		\$ 8.262.434			
VALOR TOTAL DEL CONTRATO INCLUIDO ADICIONES:		\$ 23.537.183		VALOR DE HONORARIOS PERÍODO A CERTIFICAR: \$ 4.036.691	
N° PAGO / N° DE INFORME:		2 DE 2		N° CRP INICIAL: 10732 N° CDP INICIAL DEL CONTRATO 478	
PLAZO DEL CONTRATO INCLUYENDO PRORROGAS		CINCO (5) MESES Y VEINTE (20) DIAS			
N° DE PLANILLA DE PAGO DE SEGURIDAD SOCIAL:		9482359430		OPERADOR: APORTES EN LINEA	
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					
N° DE MODIFICACIÓN:		1		TIPO DE MODIFICACIÓN (ADICIÓN – PRÓRROGA):	
VALOR ADICIONADO		\$ 15.274.749		CDP DE LA ADICIÓN: 1185 RP DE LA ADICIÓN:	
VALOR ADICIONADO				CDP DE LA ADICIÓN: RP DE LA ADICIÓN:	
				TIEMPO PRORROGADO: TRES (3) MESES Y VEINTIUN (21) DÍAS	
				TIEMPO PRORROGADO:	
III. POLIZAS (SI APLICA)					
N° DE PÓLIZA:				NOMBRE DE LA ASEGURADORA:	
FECHA DE LA PÓLIZA				ACTO ADMINISTRATIVO DE APROBACIÓN:	
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 01/04/2025 al 30/04/2025					
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 1033784752		LOMBANA BERNAL CAMILO ANDRES	INDEPENDIENTE	PRINCIPAL	Calle 52F SUR #24c-20	BOGOTA-BOGOTA D.E.	2792588	No

DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION

Periodo		Clave		Tipo	Fecha		Pago		
Pensión	Salud	Pago	Planilla	Planilla	Limite	Pago	Banco	Dias Mora	Valor
2025-03	2025-03	1404292697	9482359430	1	2025/04/11	2025/04/11	BANCO BBVA COLOMBIA S.A.	0	\$440,500

RESUMEN DE PAGO

RIESGO	CODIGO	NIT	DV	AFILIADOS	VALOR LIQUIDADO	INTERESES MORA	SALDOS E INCAPACIDADES	VALOR A PAGAR
AFP (ADMINISTRADORAS: 1)				1	\$227,800	\$0	\$0	\$227,800
COLFONDOS	231001	800,227,940	6	1	\$227,800	\$0	\$0	\$227,800
ARL (ADMINISTRADORAS: 1)				1	\$34,700	\$0	\$0	\$34,700
POSITIVA COMPAÑIA DE SEGUROS	14-23	860,011,153	6	1	\$34,700	\$0	\$0	\$34,700
EPS (ADMINISTRADORAS: 1)				1	\$178,000	\$0	\$0	\$178,000
FAMISANAR	EPS017	830,003,564	7	1	\$178,000	\$0	\$0	\$178,000
TOTAL				1	\$440,500	\$0	\$0	\$440,500



Resumen General de Pago

DATOS GENERALES DEL APORTANTE

Identificación	dv	Razon Social	Clase Aportante	Sucursal Principal	Dirección	Ciudad-Departamento	Teléfono	Exonerado SENA o ICBF
CC 1033784752		LONJANA BERNAL CARLO ANDRES	INDEPENDIENTE	PRINCIPAL	calle 52F SUR #24c-20	BOGOTA-BOGOTA D.E.	2792588	No

DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION

Periodo		Clave		Tipo	Fecha		Pago		
Pensión	Salud	Pago	Planilla	Planilla	Límite	Pago	Banco	Días Mora	Valor
2025-03	2025-03	140-0292697	9482359-430	I	2025/04/11	2025/04/11	BANCO BBVA COLOMBIA S.A.	0	\$440,500

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)					\$1,423,500	\$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 1033784752	LONJANA CARLO	231001	30	\$1,423,500	\$227,800	EPS017	30	\$1,423,500	\$178,000	0		\$0	\$0	14-23	30	\$1,423,500	\$34,700	0	\$0	\$0	
Total Afiliados(1)					\$1,423,500	\$227,800			\$1,423,500	\$178,000			\$0	\$0			\$1,423,500	\$34,700		\$0	\$0	

**¡Hola, FERNANDO LOMBANA
OBREGOSO!**

**Gracias por utilizar los servicios de BANCO BBVA
COLOMBIA S.A. y PSE. los siguientes son los datos de
tu transacción:**

Estado de la Transacción: Aprobada 

CUS: 1404292697

Empresa: APORTES EN LINEA

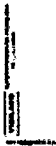
Descripción: Pago de la Planilla de aportes con clave:
9482359430

Valor de la Transacción: \$ 440.500

Fecha de Transacción: 11/04/2025

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.



ACH Colombia Oficial



ACH Colombia



ACH Colombia Oficial



ACH Colombia Oficial

