

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

CLAUDIA PATRICIA CASTRO SANCHEZ

NÚMERO DE DOCUMENTO DE IDENTIDAD:		52.309.403	
OBJETO DEL CONTRATO:	PRESTAR SERVICIOS COMO BACHILLER DE ACCESO 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 4968 2025	FECHA INICIO CONTRATO	27/02/2025
VALOR INICIAL DEL CONTRATO	\$ 2.644.718	PLAZO INICIAL DEL CONTRATO	UN (01) MES Y TRECE (13) DIAS
VALOR TOTAL DEL CONTRATO INCLUIDO ADICIONES:	\$ 9.694.562	VALOR DE HONORARIOS PERÍODO A CERTIFICAR:	\$ 1.865.888
Nº DE INFORME:	3	Nº CRP:	11387
PLAZO TOTAL DEL CONTRATO INCLUIDO PRORROGAS	CINCO (5) MESES Y UN (1) DIA		
UNIDAD FUNCIONAL EJECUCIÓN DE ACTIVIDADES:	SA2 SEDE ADMINISTRATIVA SAN JOSE OBRERO		
NOMBRE DEL SUPERVISOR:	LORENZA BECERRA CAMARGO - DIRECTOR TECNICO CODIGO 009 GRADO0 05		

II. MODIFICACIONES CONTRACTUALES

Nº DE MODIFICACIONES DEL CONTRATO:	1	TIPO DE MODIFICACIÓN	ADICIONES	1	PRORROGAS	1	
VALOR ADICIONADO	\$ 7.049.844	CDP DE LA ADICIÓN:	1185	CRP DE LA ADICIÓN:	11387	TIEMPO PRORROGADO:	TRES (3) MESES Y VEINTIUN (21) DIAS
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 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	DESCRIPCIÓN DE ACTIVIDADES
1	VERIFICAR DIRECCIONES EN PAI PARA BUSQUEDA DE CONTACTO DE LOS USUARIOS
2	CONTACTAR A USUARIOS DE BASE DE RUTEO PARA AGENDAR PACIENTES
3	VERIFICAR FRECUENCIAS DE USO PARA USUARIOS ANTES DE LA ASIGNACION DE CITAS
4	LLEVAR EL CONTROL E ASISTENCIAS EN LA BASE DE USUARIOS ASIGNADOS
5	REALIZAR AGENDAMIENTO DE USUARIOS SUMINISTRADOS EN BASES DE DATOS
6	REALIZAR OTRAS ACTIVIDADES DE USUARIOS DE CAPITAL SALUD, AUTORIZACIONES DE MEDICAMENTOS
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:	1071894904	OPERADOR:	SIMPLE
CONCEPTO DEL PAGO	ENTIDAD	FECHA DE PAGO	VALOR PAGADO
SALUD:	SANITAS	12/05/2025	\$ 178.000
PENSIÓN:	COLPENSIONES	12/05/2025	\$ 227.800
RIESGOS LABORALES:	BOLIVAR	12/05/2025	\$ 34.700
OTRO	MORA	12/05/2025	\$ 2.400
TOTAL PAGADO			\$ 442.900

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 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 periodo correspondiente

Claudia P. Castro S.

NOMBRE Y FIRMA DEL CONTRATISTA: CLAUDIA PATRICIA CASTRO SANCHEZ
CC: 52.309.403
CEL 3134441817

CELEBRADO ENTRE LA SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E Y

NOMBRE DEL CONTRATISTA		CLAUDIA PATRICIA CASTRO SANCHEZ	
NÚMERO DOCUMENTO DE IDENTIDAD		52.309.403	
I. INFORMACION GENERAL DEL CONTRATO DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS			
OBJETO DEL CONTRATO:	PRESTAR SERVICIOS COMO BACHILLER DE ACCESO 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 4968 2025	FECHA INICIO CONTRATO	27/02/2025
VALOR INICIAL DEL CONTRATO	\$ 2.644.718		
VALOR TOTAL DEL CONTRATO INCLUIDO	\$ 9.694.562	VALOR DE HONORARIOS PERÍODO A CERTIFICAR:	\$ 1.865.888
ADICIONES:			
Nº PAGO / Nº DE INFORME:	3 de 3	Nº CRP INICIAL:	11387
		Nº CDP INICIAL DEL CONTRATO	478
PLAZO DEL CONTRATO INCLUYENDO PRORROGAS	CINCO (5) MESES Y UN (1) DIA		
Nº DE PLANILLA DE PAGO DE SEGURIDAD SOCIAL:	1071894904	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:	1	TIPO DE MODIFICACIÓN (ADICIÓN - PRÓRROGA):				ADICIÓN (1)	PRÓRROGA (1)
VALOR ADICIONADO	\$ 7.049.844	CDP DE LA ADICIÓN:	1185	RP DE LA ADICIÓN:	11387	TIEMPO PRORROGADO:	TRES (3) MESES Y VEINTIUN (21) DIAS
VALOR ADICIONADO		CDP DE LA ADICIÓN:		RP DE LA ADICIÓN:		TIEMPO PRORROGADO:	

III. POLIZAS (SI APLICA)

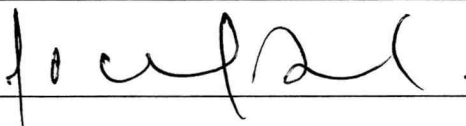

Nº DE PÓLIZA:		NOMBRE DE LA ASEGURADORA:	
FECHA DE LA PÓLIZA		ACTO ADMINISTRATIVO DE APROBACIÓN:	

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 01/05/2025 al 31/05/2025

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 TÉCNICO DEL SUPERVISOR: LILIANA TELLEZ VALBUENA PROFESIONAL ESPECIALIZADO, LIDER CONVENIO MAS BIENESTAR



PAGOSIMPLE |

AUTOLIQUIDACION
CONSOLIDADA

Fecha creación reporte: 2025-05-13, 04:38:09 AM

Tipo Planilla:

I: PLANILLA INDEPENDIENTES

Número Planilla: 1071894904

Periodo Cotización: abril de 2025

Periodo Servicio: abril de 2025

Referencia pago (PIN): 8823061444

PAGADO 12/05/2025 EN HORARIO EXTENDIDO

I. DATOS DEL APORTANTE

Razón Social	CLAUDIA PATRICIA CASTRO SANCHEZ		
Documento	CC52309403	Dirección	KR91C 5A 46 SUR CASA 201
Tipo de Empresa	INDEPENDIENTE	Teléfono	3134441817
Tipo Persona	NATURAL	Forma Presentación	ÚNICO
Ciudad	BOGOTA D.C.	Departamento	BOGOTA D.C.
Representante Legal		Identificación	
Total Afiliados	1	ARP	SEGUROS BOLIVAR

II. DETALLE DEL APORTANTE

Datos del Afiliado				Novedades												Pensiones			Salud			Riesgos			Cajas			Parafiscales												
Identificación	Apellidos y Nombres	Tipo Cotizante	Subtipo Cotizante	ING	RET	RET P	TDE	TAE	TDP	TAP	VSP	COR	VST	SLN	IGE	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 SENA	Aporte ICBF	ESAP	Apo Minis
CC 52309403	CLAUDIA PATRICIA CASTRO SANCHEZ	59	00																		30	30	0		(25-14) COLPENSIONES	\$ 1.423.500	\$ 227.800	(EPS005) EPS SANITAS	\$ 1.423.500	\$ 178.000	2,436	\$ 1.423.500	\$ 34.700	(NIN-CC) NINGUNA CCF	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0	

III. TOTALES

IBC Pensión	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) EPS	Incapacidades ARP	SUBTOTAL SIN INTERESES DE MORA	TOTAL INTERESES DE MORA	TOTAL FINAL
\$ 1.423.500	\$ 1.423.500	\$ 1.423.500	\$ 0	\$ 227.800	\$ 178.000	\$ 34.700	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 440.500	\$ 2.400	\$ 442.900

patricia castro <patriciacastrosanchez1975@gmail.com>
Para: apoyoehi.subredco@gmail.com

13 de mayo de 2025, 7:21 a.m.

Patricia Castro Sanchez
Digitadora Sub red Centro Oriente

----- Forwarded message -----

De: <serviciopse@achcolombia.com.co>
Date: lun, 12 de may de 2025, 8:24 p. m.
Subject: PSE - Transacción Aprobada CUS 1476856640
To: <patriciacastrosanchez1975@gmail.com>



¡Hola, Claudia Patricia Castro Sanchez!

Estado de la Transacción: **Aprobada**

Los siguientes son los datos de tu transacción:

Valor: \$ 442.900

Empresa: SISTEMA INTEGRADO MULTIPLE DE PAGOS ELECTRONICOS S

Descripción: Pago PSE. Ref:8823061444-202504-584558.
idTrans:584558

Fecha de la transacción: 12/05/2025

CUS: 1476856640

Gracias por utilizar nuestro servicio.



Ten cuenta estos tips de seguridad:



Usa dispositivos personales o de confianza para realizar tus pagos.



No abras enlaces sospechosos.



Cambia tus contraseñas con regularidad.



Digita manualmente la URL del portal de tu entidad financiera.



Recuerda que PSE nunca te contactará para solicitarte información personal.

AVISO DE CONFIDENCIALIDAD:

La información contenida en este email está destinada para el uso del individuo o entidad a la cual está direccionado y contiene información que es de carácter Confidencial o Privada. Si usted no es el destinatario autorizado, cualquier retención, distribución, utilización, divulgación o copia del presente mensaje está terminantemente prohibida y puede ser sancionada por la ley. Si por error recibe este mensaje, favor notificar al remitente o a la dirección <https://www.pse.com.co/web/quest/persona-centro-de-ayuda> en el botón habla con nosotros, y elimine el mensaje y cualquier copia del mismo de forma inmediata. Este mensaje ha sido revisado con software antivirus, para evitar que contenga código malicioso que pueda afectar sistemas de cómputo, sin embargo, es responsabilidad del destinatario confirmar este hecho en el momento de su recepción. El presente mensaje no es una declaración oficial de ACH COLOMBIA S.A ni de ninguno de sus miembros de los cuerpos directivos de la compañía. Gracias."