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 – 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 JEANNETH SALINAS HERNANDEZ

NÚMERO DE DOCUMENTO DE IDENTIDAD:	52.883.897				
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 4681 2025	**FECHA INICIO CONTRATO**	10/02/2025		
VALOR INICIAL DEL CONTRATO	$ 4.920.528	**PLAZO INICIAL DEL CONTRATO**	DOS (2) MESES		
VALOR TOTAL DEL CONTRATO INCLUIDO ADICIONES:	$ 14.320.905	**VALOR DE HONORARIOS PERÍODO A CERTIFICAR:**	$ 2.520.064		
N° DE INFORME:	4	**N° CRP:**	10844	**N° CDP:**	504
PLAZO TOTAL DEL CONTRATO INCLUIDO PRORROGAS	CINCO (5) MESES Y VEINTIUN (21) DIAS				
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

N° DE MODIFICACIÓNES DEL CONTRATO:	1	**TIPO DE MODIFICACIÓN**	**ADICIONES**	1	**PRORROGAS**	1	
VALOR ADICIONADO	$ 9.400.377	**CDP DE LA ADICIÓN:**	1185	**CRP DE LA ADICIÓN:**	10844	**TIEMPO PRORROGADO:**	TRES (3) MESES Y VENTIUN (21) DIAS
VALOR ADICIONADO		**CDP DE LA ADICIÓN:**		**CRP DE LA ADICIÓN:**		**TIEMPO PRORROGADO:**	

III. POLIZAS

¿PACTÓ POLIZAS EN SU CONTRATO?	**SI**		**NO**	X	
N° DE PÓLIZA:		**NOMBRE DE LA ASEGURADORA:**			
FECHA DE LA PÓLIZA		**FECHA DE APROBACIÓN:**			

ÍTEM	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 REALIZARON RECORRIDOS EN LA UNIDAD UPI LA RIOJA PASANDO POR CADA UNA DE LAS HABITACIONES Y CAMBUCHES DONDE SE IDENTIFICARON RIESGO EN SALUD EN LA COMUNIDAD EMBERÁ CUMPLIENDO CON LINEAMIENTOS DEL CONVENIO 37 DIRECCIONADOS DE SDS
2	SE REALIZA TRASLADO DE USUARIOS A VALORAR POR UNIDAD MÓVIL Y REMITIDOS A HOSPITAL SANTA CLARA, HOSPITAL MATERNO INFANTIL, HOSPITAL SAN BLAS
3	SE REALIZA ACTUALIZACIÓN DIARIA DE CRONOGRAMAS DE ACTIVIDADES EN EL DRIVE COMPARTIDO POR EL APOYO A LA GESTIÓN
4	SE DIRECCIONO DE USUARIOS AL PERFIL SOCIAL PARA GESTIÓN SE CITAS MÉDICAS, ODONTOLÓGICAS Y MEDICAMENTOS
5	SE REALIZO DILIGENCIAMIENTO DE DRIVE DIARIO DE SDS DE NUEVAS GESTANTES Y MENORES RECIÉN NACIDOS
6	SE REALIZO JORNADA DE SALUD A LA COMUNIDAD EMBERÁ DONDE SE ATENDIERON A 22 USUARIOS
7	SE REALIZARON VALORACIONES CEFALOCAUDALES A LA POBLACION EMBERA COMO RESULTADO DE LA IDENTIFICACÓN DE RIESGO DE SALUD
8	SE REALIZO SUPERVICION A 1 MENOR CON TRTAMIENTO PROFILACTICO DE TB
9	SE REALIZA RECORRIDO EL FIN DE SEMANA A CADA UNO DE LOS PUNTO DE ASENTAMIENTO DE LA COMUNIDAD EMBERÁ Y CENTROS HOSPITALARIOS COMO DISPONIBILIDAD DE FIN DE SEMANA
10	SE REALIZA SEGUIMIENTOS POS EGRESOS HOSPITALARIOS, DONDE SE INFORMA SOBRE GUÍA PARA ADHERENCIA A TRATAMIENTO FARMACOLÓGICO, Y SE GESTIONA CON PERFIL SOCIAL REMISIONES Y FÁRMACOS PENDIENTES PARA TERMINAR TRATAMIENTO

V. INFORMACIÓN DE APORTES A SEGURIDAD SOCIAL

No. DE PLANILLA:	1071831110	**OPERADOR:**	SIMPLE

CONCEPTO DEL PAGO	**ENTIDAD**	**FECHA DE PAGO**	**VALOR PAGADO**
SALUD:	COMPENSAR	13/05/2025	$ 178.000
PENSIÓN:	PORVENIR	13/05/2025	$ 227.800
RIESGOS LABORALES:	SURA	13/05/2025	$ 34.700
OTRO			
	TOTAL PAGADO		**$ 440.500**

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 calculó sobre el 40% de los ingresos cancelados del mes anterior pago del cual anexo copia simple, sin que en ningun 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

Sandra Salinas

NOMBRE Y FIRMA DEL CONTRATISTA: SANDRA JEANNETH SALINAS HERNANDEZ
CC: 52.883.897
CEL 3017213090

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 – 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: 31/05/2025			
NOMBRES Y APELLIDOS:	SANDRA JEANNETH SALINAS HERNANDEZ	**CC:**	52.883.897
		RUT (NIT):	52.883.897
CORREO ELECTRÓNICO:	sandrilla409@hotmail.com	**TELÉFONO:**	3017213090
DIRECCIÓN DOMICILIO:	CL 1 A BIS 7 06 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:	BANCOLOMBIA	**TIPO DE CUENTA:**	AHORROS	**N° CUENTA:**	14173351705
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 4681 2025	**N° CDP:**	504	**N°. CRP:**	10844	PLAZO DEL CONTRATO INCLUIDAS PRORROGAS: CINCO (5) MESES VEINTIUN (21) DIAS
FECHA DE INICIO CONTRATO	10/02/2025	**FECHA DE TERMINACIÓN CONTRATO:**		31/07/2025		TOTAL DEL CONTRATO INCLUIDO ADICIONES: $ 14.320.905
PERIODO OBJETO DE COBRO:	DEL 01/05/2025 AL 31/05/2025					
VALOR A PAGAR CORRESPONDIENTE AL PERIODO OBJETO DE COBRO EN (LETRASY NUMEROS)	$ 2.520.064					
	DOS MILLONES QUINIENTOS VEINTE MIL SESENTA Y CUATRO PESOS					

Sandra. Salinas.

NOMBRE Y FIRMA DEL CONTRATISTA: SANDRA JEANNETH SALINAS HERNANDEZ
CC: 52.883.897
CEL: 3017213090

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 – 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 JEANNETH SALINAS HERNANDEZ
NÚMERO DOCUMENTO DE IDENTIDAD	52.883.897

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 4681 2025			**FECHA INICIO CONTRATO**	10/02/2025
VALOR INICIAL DEL CONTRATO	$ 4.920.528				
VALOR TOTAL DEL CONTRATO INCLUIDO ADICIONES:	$ 14.320.905			**VALOR DE HONORARIOS PERÍODO A CERTIFICAR:**	$ 2.520.064
N° PAGO / N° DE INFORME:	4 de 4	**N° CRP INICIAL:**	10844	**N° CDP INICIAL DEL CONTRATO**	504
PLAZO DEL CONTRATO INCLUYENDO PRORROGAS	CINCO (5) MESES Y VEINTIUN (21) DIAS				
N° DE PLANILLA DE PAGO DE SEGURIDAD SOCIAL:	1071831110			**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

N° DE MODIFICACIÓN:	1	**TIPO DE MODIFICACIÓN (ADICIÓN – PRÓRROGA):**				ADICIÓN (1)	PRÓRROGA (1)
VALOR ADICIONADO	$ 9.400.377	**CDP DE LA ADICIÓN:**	1185	**RP DE LA ADICIÓN:**	10844	**TIEMPO PRORROGADO:**	TRES (3) MESES Y VENTIUN (21) DIAS
VALOR ADICIONADO		**CDP DE LA ADICIÓN:**		**RP DE LA ADICIÓN:**		**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 01/05/2025 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 TECNICO DEL SUPERVISOR:
LILIANA TELLEZ VALBUENA
PROFESIONAL ESPECIALIZADO, LIDER CONVENIO MAS BIENESTAR

Simple

PAGOSIMPLE | AUTOLIQUIDACION CONSOLIDADA

Fecha creación reporte: 2025-05-13, 10:46:59 AM **Tipo Planilla:** I: PLANILLA INDEPENDIENTES **Numéro Planilla:** 1071831110

Periodo Cotización: abril de 2025 **Periodo Servicio:** abril de 2025 **Referencia pago (PIN):** 8810266575

PAGADO 13/05/2025

I. DATOS DEL APORTANTE

Razón Social	SANDRA JANNETH SALINAS HERNANDEZ		
Documento	CC52883897	**Dirección**	CLL 1 A BIS # 7- 06
Tipo de Empresa	INDEPENDIENTE	**Teléfono**	2891455
Tipo Persona	NATURAL	**Forma Presentación**	ÚNICO
Ciudad	BOGOTA D.C.	**Departamento**	BOGOTA D.C.
Representante Legal		**Identificación**	
Total Afiliados	1	**ARP**	ARL SURA

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	Días AFP	Días EPS	Días ARP	Días 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
52883897	SANDRA JEANNETH SALINAS HERNANDEZ	59	00																	0	30	30	30	0	(230301) PORVENIR	$ 1.423.500	$ 227.800	(EPS008) COMPENSAR EPS	$ 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	$ 0	$ 440.500

Líneas de Servicio FonoSIMPLE: Bogotá 601 4446634 - Cali: 602 5540577 - Medellín: 604 5146669 - Bucaramanga: 607 6438000 - Cartagena: 605 6945444 - Pereira: 606 3402582 - Barranquilla: 605 3618850 - Resto del País: 018000 971 971 - ¡Más que Fácil, SIMPLE!

Antes de imprimir, asegúrese que sea realmente necesario. Proteger el medio ambiente está en nuestras manos.

Gmail

PSE - Transacción Aprobada ✅ CUS 1477703827

1 mensaje

<serviciopse@achcolombia.com.co>
Para: sandrilla409@hotmail.com

mar, 13 de may de 2025 a la hora 10:26 a. m.

¡Hola, SANDRA SALINAS!

Los siguientes son los datos de tu transacción:

Valor: $ 440.500

Empresa: SISTEMA INTEGRADO MULTIPLE DE PAGOS ELECTRONICOS S

Descripción: Pago PSE. Ref:8810266575-202504-585956. idTrans:585956

Fecha de la transacción: 13/05/2025

CUS: 1477703827

Gracias por utilizar nuestro servicio.

Ten encuenta 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.





