



FORMATO DE SUPERVISIÓN DE CONTRATOS Y AUTORIZACIÓN DE PAGOS ESE CSCA



Dependencia: ADMINISTRATIVO Fecha: MAYO DE 2025

ACTO ADMINISTRATIVO

DATOS DEL CONTRATO: Valor Contrato: 4.500,000; Valor a Pagar: 1.500.000; Número: CO1.PCCNTR.7685001; Fec. Suscripción: 21/03/2025; Fecha de iniciación: 21/03/2025; N° CDP: 250317010; Fecha: 17/03/2025; Fecha de terminación: 21/06/2025; N° RP: 250321010; Fecha: 21/03/2025; Duración: 3 Meses; Período No. 2 del Contrato; Rubro Presupuestal: Requiere Informe: Si; Entregó Informe: si; Suspensión: En tiempo; Prorroga: En tiempo

OBJETO DEL CONTRATO: "PRESTACION DE SERVICIOS DE APOYO A LA GESTIÓN COMO GESTOR COMUNITARIO PARA LA CONFORMACIÓN Y OPERACIÓN DE LOS EQUIPOS BÁSICOS DE SALUD, DENTRO DE LA ESTRATEGIA DE LA ATENCIÓN PRIMARIA EN SALUD, EN EL MUNICIPIO DE ARROYOHONDO BOLIVAR

FORMA DE PAGO: El valor del contrato es de CUATRO MILLONES QUINIENTOS MIL PESOS M/CTE (\$4.500.000), que corresponde a los honorarios que la ESE pagará al Contratista. El valor del contrato se pagara en TRES (03) cuotas, cada una por valor de UN MILLON QUINIENTOS MIL PESOS M/CTE (\$1.500.000), previa presentación de la cuenta de cobro y el informe de Gestión.

INFORMACIÓN BÁSICA DEL CONTRATISTA

Nombre: FERNAN MIGUEL REALES SALVADOR; Identificación: Tipo de documento, Cédula: X, Nit: Número:1.010.146.861, DV.; Dirección: Arroyohondo Bolivar; Número de Teléfono: FAX: CEL: 3135343398; Clase y número de cuenta: Corriente: Ahorros X, Número: 204094510, Banco: Banco de Bogota; ASPECTOS TRIBUTARIOS: Persona Natural: X, Persona Jurídica, Regimen simplificado; Marque con "X": Gran Contribuyente, Autoretenedor; He verificado de esta información frente al RUT: SI X NO

INFORME DEL SUPERVISOR

AVANCE DEL CONTRATO POR ACTIVIDAD: El contratista presentó el informe correspondiente: SI X NO; El informe cumple con lo estipulado en el contrato: SI; Se remitió al Grupo de contratación o Talento Humano: si; No Folios: 4; Fecha: Mayo-22-2025; Observaciones del interventor a las actividades ejecutadas

APORTES SEGURIDAD SOCIAL: Persona Natural: Aportes a Salud: Valor pagado 178.900, Periodo abr-25, Comprobante de pago Número: 9485238065, Fecha de pago: 22/05/25; Aportes a Pensión: Valor pagado 228.900, Periodo abr-25, Comprobante de pago Número: 9485238065, Fecha de pago: 22/05/25; Aportes a ARL: Valor pagado 15.000, Periodo abr-25, Comprobante de pago Número: 9485238065, Fecha de pago: 22/05/25; Persona Jurídica: Anexa Certificación del Revisor Fiscal: SI: NO: x

SOLICITUD DE PAGO: Certifico que las actividades se están ejecutando conforme a lo establecido en le contrato, que el contratista cumplió con lospagos de la seguridad social en salud y pensión conforme a las normas vigentes, los soportes de estos pagos fueron revisados y cotejadoscon los originales y corresponden a este contrato, por lo tanto autorizo el pago.

APLICACION RETENCION: Manifiesto y declaro bajo gravedad de juramento que: Para efectos de la depuración de la base del cálculo de la retención en la fuente establecida en el artículo 1.2.4.1.6 del Decreto único tributario 1625 de 2016, el cual aplica sobre los pagos o abonos en cuenta por concepto de ingresos provenientes de honorarios y compensaciones por servicios personales bajo ciertas circunstancias, "Que NO he contratado o vinculado dos (2) o más trabajadores o contratistas asociados a mi actividad económica por un término superior a 90 días continuos o discontinuos"

Anexos: Copia de aporte de pensión SI, Copia de aporte de salud SI, Cuenta de Cobro SI

FIRMA CONTRATISTA: FERNAN MIGUEL REALES SALVADOR; C.C.: 1.010.146.861; FIRMA SUPERVISOR: ALEXANDRA DANIELA CASSIANI OROZCO; NOMBRE SUPERVISOR: ALEXANDRA DANIELA CASSIANI OROZCO; CARGO: SUBGERENTE



**EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO**  
**CENTRO DE SALUD CON CAMA DE ARROYOHONDO**  
 NIT: 806.008.082-4



**FORMATO INFORME DE ACTIVIDADES DE  
 CONTRATISTAS DE PRESTACIÓN Y SUMINISTROS  
 DE SERVICIOS PROFESIONALES Y/O DE APOYO A  
 LA GESTIÓN**

Arroyo Hondo, Bolívar

Fecha: Mayo de 2025

<b>CONTRATISTA</b>	<b>FERNAN MIGUEL REALES SALVADOR</b>
<b>FECHA DEL CONTRATO:</b>	<b>21/03/2025</b>
<b>Nº DEL CONTRATO:</b>	<b>CO1.PCCNTR.7685001</b>
<b>OBJETO Y ALCANCE DEL CONTRATO:</b>	<b>PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE APOYO A LA GESTIÓN COMO GESTOR COMUNITARIO PARA LA CONFORMACIÓN Y OPERACIÓN DE LOS EQUIPOS BÁSICOS DE SALUD, DENTRO DE LA ESTRATEGIA DE LA ATENCIÓN PRIMARIA EN SALUD, EN EL MUNICIPIO DE ARROYOHONDO BOLÍVAR</b>
<b>PLAZO</b>	<b>DESDE EL ACTA DE INICIO HASTA EL 20 DE JUNIO 2025</b>
<b>SUPERVISOR:</b>	<b>ALEXANDRA DANIELA CASSIANI OROZCO</b>

En cumplimiento del objeto del Contrato referenciado, he desarrollado durante el período comprendido entre el **21 de abril hasta el 20 de Mayo del 2025**, las siguientes actividades relacionadas con el objeto contractual:

<b>Obligaciones contractuales</b>	<b>Actividades ejecutadas</b>
<p>1. Facilitar el acercamiento, la comunicación y el trabajo entre las personas, familias y Facilitar el reconocimiento de la realidad local, identificar las prioridades y potencialidades del territorio y de la población para el cuidado y gestión de la salud de la población de su comunidad.</p> <p>2. Contribuir a que los Equipos Básicos de Salud tengan una mejor comprensión del contexto y particularidades culturales del territorio.</p> <p>3. Apoyar la implementación de acciones e intervenciones de salud en el territorio desde un enfoque comunitario, prioritariamente en zonas rurales dispersas.</p>	<p>1. Para dar cumplimiento a lo establecido facilite el acercamiento entre el EBS 02 y el microterritorio rural de Sato y Pilon para facilitar el cumplimiento de las actividades.</p> <p>2. Contribuí a que los EBS sean comprendidos dictando charlas en los hogares de los micoterritorios para que comprendan que son los EBS y cuáles son sus beneficios.</p> <p>3. Para llevar a cabo los EBS apoye la implementación de acciones e intervenciones en salud, priorizando los microterritorios rurales dispersos.</p>



**EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO**  
**CENTRO DE SALUD CON CAMA DE ARROYOHONDO**  
NIT: 806.008.082-4



**FORMATO INFORME DE ACTIVIDADES DE  
CONTRATISTAS DE PRESTACIÓN Y SUMINISTROS  
DE SERVICIOS PROFESIONALES Y/O DE APOYO A  
LA GESTIÓN**

4. Apoyar la gestión comunitaria a través del trabajo articulado con líderes comunitarios y actores clave para la implementación de estrategias que logren mejores resultados en salud de la población.

5. Aportar a la sostenibilidad de las acciones que se realicen en la entidad territorial, promoviendo la articulación con organizaciones sociales de base que trabajen en la zona.

6. Apoyar en el seguimiento a los resultados en salud de las personas, familias y comunidades.

7. Apoyar en los procesos de adecuación sociocultural y construcción de caminos interculturales con las poblaciones étnicas, facilitando el diálogo horizontal, la comunicación y el relacionamiento para la comprensión y construcción conjunta entre distintos saberes.

8. Apoyar la identificación de la población por momento de curso de vida y verificar el acceso efectivo a las atenciones que debe recibir, conforme a las finalidades y frecuencias definidas en la Ruta Integral de Atención en Salud para la promoción y mantenimiento de la salud y la Ruta Integral de Atención en Salud Materno perinatal.

9. Identificar las personas que no cumplen con las atenciones de la RPMS y la RIAMP y gestionar con la EAPB y la red de prestación de servicios la programación de las intervenciones (Apoyo a la demanda inducida).

4. Para llevar a cabo la gestión de los EBS apoye la gestión comunitaria mediante la colaboración con líderes de los microterritorios y personas importantes, con el fin de llevar a cabo planes que consigan mejorar la salud de la gente.

5. Contribuí a la sostenibilidad de las actividades que se lleven a cabo en los microterritorios y también apoye fomentando la colaboración con grupos sociales locales que operen en la región.

6. Brinde apoyo al seguimiento de los resultados en salud de los hogares en los microterritorios.

7. Dando cumplimiento a lo estipulado ayude en la adaptación cultural y en la creación de puentes entre diferentes culturas con los hogares étnicos, promoviendo una conversación abierta, el intercambio de ideas y el entendimiento mutuo para el aprendizaje y desarrollo colaborativo entre diversos conocimientos.

8. Apoye en el reconocimiento a la población según el curso de vida y confirmar que reciban correctamente los servicios que necesitan, de acuerdo con los objetivos y las frecuencias establecidas en la Ruta Integral de Atención en Salud para promover y mantener la salud y en la Ruta Integral de Atención en Salud Materno perinatal.

9. Identifique las personas y hogares que no cumplen con las atenciones RPMS y la RIAMP y ayude a gestionar la EPS y la red de prestación de servicios.



**EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO**  
**CENTRO DE SALUD CON CASA DE ARROYOHONDO**  
NIT: 806.008.082-4



**FORMATO INFORME DE ACTIVIDADES DE  
CONTRATISTAS DE PRESTACIÓN Y SUMINISTROS  
DE SERVICIOS PROFESIONALES Y/O DE APOYO A  
LA GESTIÓN**

10. Brindar un trato humanizado en contexto, con escucha activa, comportamiento ético, empático y asertivo, intercultural sin estigma y sin discriminación.

11. Apoyar en las acciones de detección temprana de riesgos o alteraciones.

12. Requerir de forma oportuna los elementos que necesite para la ejecución de la actividad.

13. Seguir los procedimientos, guías y protocolos establecidos por la E.S.E. CENTRO DE SALUD CON CASA DE ARROYOHONDO.

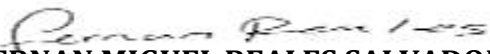
10. Ofrecí un trato humano en su entorno, con atención y escucha, actuando de manera ética, empática y asertiva, respetando las diferencias culturales, evitando estigmas y discriminaciones.

11. Apoye en las acciones de detección temprana de enfermedades o alteraciones en la salud.

12. Solicite a tiempo los recursos que se necesiten para llevar a cabo la tarea y estos fueron entregados por la ESE.

13. Cumplí con las normas, orientaciones y métodos fijados por la E. S. E. CENTRO DE SALUD CON CASA DE ARROYOHONDO.

**Cordialmente,**

  
**FERNAN MIGUEL REALES SALVADOR**  
**C.C 1.010.146.861**



EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO  
CENTRO DE SALUD CON CAMA DE ARROYOHONDO  
NIT: 806.008.082-4



**FORMATO INFORME DE ACTIVIDADES DE  
CONTRATISTAS DE PRESTACIÓN Y SUMINISTROS  
DE SERVICIOS PROFESIONALES Y/O DE APOYO A  
LA GESTIÓN**

### EVIDENCIAS FOTOGRAFICAS



DATOS GENERALES DEL APORTANTE								
Identificación	dv	Razon Social	Clase Aportante	Sucursal Principal	Direccion	Ciudad-Departamento	Teléfono	Exonerado SENA e ICBF
CC 1010146861		REALES SALVADOR FERNAN MIGUEL	INDEPENDIENTE	PRINCIPAL	Carrera 4 calle 5	ARROYOHONDO-BOLIVAR	3234496941	No

DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION									
Periodo		Clave	Tipo	Fecha		Pago			
Pensión	Salud	Pago	Planilla	Planilla	Limite	Pago	Banco	Dias Mora	Valor
2025-04	2025-04	1500142178	9485238065	I	2025/05/15	2025/05/22	NEQUI	7	\$422,800

LIQUIDACION DETALLADA DE APORTES																					
EMPLEADO			PENSION				SALUD				CCF				RIESGOS				PARAFISCALES		
No.	Identificación	Nombres	Codigo	Días	IBC	Aporte	Codigo	Días	IBC	Aporte	Codigo	Días	IBC	Aporte	Codigo	Días	IBC	Aporte	Días	IBC	Aporte
<b>Sucursal: PRINCIPAL ( 1 Afiliados)</b>					\$1,423,500	\$227,800			\$1,423,500	\$178,000			\$0	\$0			\$1,423,500	\$14,900		\$0	\$0
<b>Centro de Trabajo: PRINCIPAL ( 1 Afiliados)</b>					\$1,423,500	\$227,800			\$1,423,500	\$178,000			\$0	\$0			\$1,423,500	\$14,900		\$0	\$0
Ciudad: ARROYOHONDO Depto: BOLIVAR ( 1 Afiliados)					\$1,423,500	\$227,800			\$1,423,500	\$178,000			\$0	\$0			\$1,423,500	\$14,900		\$0	\$0
1	CC 1010146861	REALES FERNAN	230301	30	\$1,423,500	\$227,800	EPS037	30	\$1,423,500	\$178,000		0	\$0	\$0	14-23	30	\$1,423,500	\$14,900	0	\$0	\$0
<b>Total</b>	<b>Afiliados ( 1)</b>				\$1,423,500	\$227,800			\$1,423,500	\$178,000			\$0	\$0			\$1,423,500	\$14,900		\$0	\$0

DATOS GENERALES DEL APORTANTE								
Identificación	dv	Razon Social	Clase Aportante	Sucursal Principal	Direccion	Ciudad-Departamento	Teléfono	Exonerado SENA e ICBF
CC 1010146861		REALES SALVADOR FERNAN MIGUEL	INDEPENDIENTE	PRINCIPAL	Carrera 4 calle 5	ARROYOHONDO-BOLIVAR	3234496941	No

DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION									
Periodo		Clave		Tipo	Fecha		Pago		
Pensión	Salud	Pago	Planilla	Planilla	Limite	Pago	Banco	Dias Mora	Valor
2025-04	2025-04	1500142178	9485238065	I	2025/05/15	2025/05/22	NEQUI	7	\$422,800

RESUMEN DE PAGO									
RIESGO	CODIGO	NIT	DV	AFILIADOS	VALOR LIQUIDADO	INTERESES MORA	SALDOS E INCAPACIDADES	VALOR A PAGAR	
AFP (ADMINISTRADORAS: 1)				1	\$227,800	\$1,100	\$0	\$228,900	
PORVENIR	230301	800,224,808	8	1	\$227,800	\$1,100	\$0	\$228,900	
ARL (ADMINISTRADORAS: 1)				1	\$14,900	\$100	\$0	\$15,000	
POSITIVA COMPAÑIA DE SEGUROS	14-23	860,011,153	6	1	\$14,900	\$100	\$0	\$15,000	
EPS (ADMINISTRADORAS: 1)				1	\$178,000	\$900	\$0	\$178,900	
NUEVA E.P.S.	EPS037	900,156,264	2	1	\$178,000	\$900	\$0	\$178,900	
<b>TOTAL</b>				<b>1</b>	<b>\$420,700</b>	<b>\$2,100</b>	<b>\$0</b>	<b>\$422,800</b>	