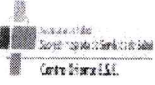


OK  
Aceptado

 <p style="text-align: center;"> <b>SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E</b>  <b>APOYO – GESTIÓN DE CONTRATACIÓN</b>  <b>FORMATO INFORME DE EJECUCIÓN DE ACTIVIDADES DEL CONTRATO DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS Y DE APOYO A LA GESTIÓN</b> </p>		<b>CÓDIGO: AP-IA-FT-077</b> <b>VERSIÓN: 2</b> <b>FECHA: 2025-06-09</b>	
<b>CELEBRADO ENTRE LA SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E Y</b>			
<b>ANDRES RICARDO BALLESTEROS CABALLERO</b>			
<b>CON CC: N°</b>		1,030,653,301	
<b>OBJETO DEL CONTRATO:</b>	PRESTAR SERVICIOS COMO GESTOR COMUNITARIO O AGENTE DE CAMBIO PARA DESARROLLAR ACTIVIDADES EN EL PLAN DE SALUD PUBLICA DE INTERVENCIONES COLECTIVAS DE LA SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E.		
<b>CONTRATO DE PRESTACION DE SERVICIOS PROFESIONALES No.</b>	PS 4288 2025	<b>FECHA INICIO CONTRATO</b>	22/01/2025
<b>VALOR INICIAL DEL CONTRATO</b>	\$ 8,252,259	<b>No. HORAS EJECUTADAS</b>	184
<b>VALOR TOTAL DEL CONTRATO INCLUIDO ADICIONES:</b>	\$ 16,960,648	<b>VALOR DE HONORARIOS PERÍODO A CERTIFICAR:</b>	\$ 1,587,368
<b>PLAZO TOTAL DEL CONTRATO INCLUIDO PRORROGAS</b>	8 MESES 8 DIAS		
<b>UNIDAD FUNCIONAL EJECUCIÓN DE ACTIVIDADES:</b>	GSP PSPIC - COMUNITARIO SA2 SEDE ADMINISTRATIVA SAN JOSE OBRERO		
<b>NOMBRE DEL SUPERVISOR:</b>	LIDA ESPERANZA MONTENEGRO PARRA PROFESIONAL ESPECIALIZADO ÁREA DE LA SALUD CÓDIGO 242 GRADO 30		
<b>ITEM</b>	<b>II. 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)</b>		
1	1. OBLIGACIÓN: Desarrollar las actividades que se generen directa e indirectamente del objeto contractual en las Unidades de prestación de servicios asignadas de acuerdo con la programación de actividades. 2. ACTIVIDADES DESARROLLADAS: Se realizan 25 socializaciones en el marco de la concertación de la estrategia SPA_CIOS DE BIENESTAR DIMENSION JOVENES, en las localidades de San Cristobal y Candelaria, Santa fe en el mes de SEPTIEMBRE 2025 3. PRODUCTO (EVIDENCIA): ACTA Y LISTADO DE SESIONES COLECTIVAS.		
2	1. OBLIGACIÓN: Presentar mensualmente el cronograma de actividades a desarrollar. 2. ACTIVIDADES DESARROLLADAS: Cronograma de actividades SEPTIEMBRE 2025/ Herramienta de control SEPTIEMBRE 2025 3. PRODUCTO (EVIDENCIA): CRONOGRAMA- HERRAMIENTA DE CONTROL		
3	1. OBLIGACIÓN: Apoyar la prestación de servicios en el Plan de Intervenciones Colectivas, presentando la información y/o soportes que se solicite conforme a los anexos y lineamientos técnicos del convenio PSPIC vigente y suscrito entre el FDS y la Subred. 2. ACTIVIDADES DESARROLLADAS: Se realizan 3 concertaciones para la implementación de la estrategia SPA_CIOS DE BIENESTAR DIMENSION JOVENES, en las localidades de Candelaria ,Santafe y San Cristobal en el mes de SEPTIEMBRE 2025 3. PRODUCTO (EVIDENCIA): ACTA Y LISTADO DE ASISTENCIA		
4	1. OBLIGACIÓN: Apoyar las actividades inherentes al objeto del contrato para el mejoramiento continuo de calidad y aquellas definidas dentro de los planes de mejoramiento de los diferentes estándares de habilitación y acreditación de servicios de salud. 2. ACTIVIDADES DESARROLLADAS: Se apoya 3 jornadas cuidado mas bienestar ,realizando acciones de demanda inducida la punto de toma de pruebas rapidas en el mes de SEPTIEMBRE 2025 3. PRODUCTO (EVIDENCIA): ACTA Y LISTADO DE SESIONES COLECTIVAS.		
5	1. OBLIGACIÓN: Realizar la identificación y enganche de la población que se encuentren en el contexto donde desarrolla sus actividades, de acuerdo a los lineamientos técnicos de los entornos y procesos transversales del convenio Interadministrativo PSPIC. 2. ACTIVIDADES DESARROLLADAS: Se realizan 3 aperturas para la implementación de la estrategia SPA_CIOS DE BIENESTAR DIMENSION JOVENES, en las localidades de Santafe, Candelaria, San Cristobal, en el mes de SEPTIEMBRE 2025 3. PRODUCTO (EVIDENCIA): ACTAS Y LISTADO DE ASISTENCIA		
6	1. OBLIGACIÓN: Organizar el archivo de la documentación generada de acuerdo a la normatividad y tabla de retención documental. 2. ACTIVIDADES DESARROLLADAS: Se realiza la gestion documental solicitada por el lider del entorno cuidador comunitario. 3. PRODUCTO (EVIDENCIA): ACTA DE ENTREGA		
7	1. OBLIGACIÓN: Dar cumplimiento a las actividades de los procesos TRANSVERSALES del PSPIC, de acuerdo a su competencia: CANALIZACIONES, PAI, Educación para la Salud Publica, GESI, ACCVSyE, Notificación de EISP y Participación Social. 2. ACTIVIDADES DESARROLLADAS: Se redirecciona a la poblacion identificada para realizar la activacion de ruta pertinente. 3. PRODUCTO (EVIDENCIA): FORMATO DE CANALIZACION.		
8	1. OBLIGACIÓN: El contratista se obliga a que las glosas que se generen por incumplimiento de las obligaciones contractuales y de acuerdo a los hallazgos que identifique el equipo de seguimiento y/o interventoria del FFDS_SDS al Convenio Interadministrativo PSPIC (conforme al anexo de CRITERIOS DE GLOSA), serán causal de inicio de apertura de procedimiento administrativo sancionatorio de incumplimiento contractual. 2. ACTIVIDADES DESARROLLADAS: Se cumple con el 100% de las actividades y tiempos establecidos por el entorno cuidador comunitario con la veracidad y calidad necesaria. 3. PRODUCTO (EVIDENCIA): ACTAS-LISTADOS DE SESIONES COLECTIVAS-LISTADO DE ASISTENCIA.		

9	1. OBLIGACIÓN: Realizar las demás obligaciones que se relacionen con el objeto del contrato y que sean requeridas por la supervisión. Contenidas en el formato de necesidad de personal que hace parte integral del presente contrato. 2. ACTIVIDADES DESARROLLADAS: Se cuenta con la disponibilidad del tiempo al 100% para el desarrollo de las acciones proyectadas por el entorno cuidador comunitario, cumpliendo con el 100% de las condiciones contractuales. 3. PRODUCTO (EVIDENCIA): ACTAS-LISTADOS DE SESIONES COLECTIVAS-LISTADO DE ASISTENCIA.
---	--

### III. 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 **01/09/2025** al **30/09/2025**

### IV. INFORMACIÓN DE APORTES A SEGURIDAD SOCIAL

No. DE PLANILLA:	89093978	OPERADOR:	MI PLANILLA	
CONCEPTO DEL PAGO	ENTIDAD	FECHA DE PAGO	VALOR PAGADO	
SALUD:	SANITAS	10/09/2025	\$	178,000
PENSIÓN:	PORVENIR	10/09/2025	\$	227,800
RIESGOS LABORALES:	SURA	10/09/2025	\$	34,700
OTRO	CCF CAFAM	10/09/2025	\$	8,600
<b>TOTAL PAGADO</b>			<b>\$</b>	<b>449,100</b>

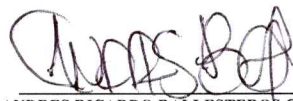
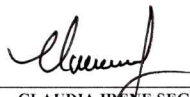

### V. DECLARACIONES DEL CONTRATISTA

- 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.

### VI. ANEXOS

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

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

NOMBRE Y FIRMA DEL CONTRATISTA	 <b>ANDRES RICARDO BALLESTEROS CABALLERO</b> CC: 1030653301
FIRMA DE QUIEN VALIDA	 <b>CLAUDIA IRENE SEGURA VERA</b> SUPERVISOR ALTERNO
FIRMA DE QUIEN CONVALIDA EL CUMPLIMIENTO DE LAS OBLIGACIONES PARA EL PRESENTE PERIODO DE PAGO:	 <b>LIDA ESPERANZA MONTENEGRO PARRA</b> SUPERVISOR DEL CONTRATO



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: 7  
FECHA: 2025-06-09

DATOS DEL CONTRATISTA

FECHA DE DILIGENCIAMIENTO: 30/09/2025

NOMBRES Y APELLIDOS:	ANDRES RICARDO BALLESTEROS CABALLERO	CC:	1,030,653,301
CORREO ELECTRÓNICO:	gestorbluerainsds@gmail.com	TELÉFONO:	3006410064
DIRECCIÓN DOMICILIO:	CL 57H SUR 68D 75 TO 4 AP 1801	CIUDAD:	BOGOTÁ

Manifiesto bajo la gravedad del juramento

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:	BANCOLOMBIA	TIPO DE CUENTA:	AHORROS	Nº CUENTA:	18651568591
--------------------------	-------------	-----------------	---------	------------	-------------

DATOS DEL PERIODO OBJETO DE PAGO

Nº DEL CONTRATO:	PS 4288 2025	VALOR CORRESPONDIENTE AL PERIODO OBJETO DE COBRO	\$ 1,587,368
FECHA DE INICIO CONTRATO	22/01/2025	FECHA DE TERMINACIÓN CONTRATO:	30/09/2025
PERIODO OBJETO DE COBRO:	1/09/2025 AL 30/09/2025		

NOMBRE Y FIRMA DEL CONTRATISTA: ANDRES RICARDO BALLESTEROS CABALLERO

CC: 1,030,653,301  
CEL: 3006410064

DATOS DEL APORTANTE						
TIPO	NÚMERO	NOMBRE APORTANTE		DIRECCIÓN	TELÉFONO	CORREO
CC	1030653301	ANDRES RICARDO BALLESTEROS CABALLERO		CRA 74 A 40 F 30 SUR APTO 501	4770239	ACABALLER01995@HOTMAIL.COM
FORMA PRESENTACIÓN	CLASE APORTANTE	NOMBRE SUCURSAL	CÓDIGO	DEPARTAMENTO	CIUDAD / MUNICIPIO	
ÚNICA	I - Independiente			BOGOTÁ D. C.	BOGOTÁ, D.C.	
						EXONERADO PAGO PARAFISCALES Y SALUD
						NO

DATOS DE LA PLANILLA						
PLANILLA ASOCIADA	FECHA PAGO ASOCIADA (DIA/MES/AÑO)	TIPO PLANILLA	FECHA PAGO (DIA/MES/AÑO)	NÚMERO PLANILLA	CANTIDAD	
					EMPLEADOS	UPC
					1	0
PERIODO SALUD	PERIODO PENSIONES				TOTAL A PAGAR	
2025-08	2025-08	I	10/09/2025	89093978	\$451.500	

### TOTALES POR SUBSISTEMAS

TOTALES SALUD													
Código EPS	Nombre	NIT	Cotización Obligatoria	UPC Adicional	Incapacidades		Licencia Maternidad		Dias Mora	Valor Mora Cotización	Valor Mora UPC	Total a Pagar	No. Afiliados
					No. Autorización	Valor	No. Autorización	Valor					
EPS005	Sanitas EPS	800251440-6	178.000	0		0		0	8	900	0	178.900	1

TOTALES PENSIÓN												
Código AFP	Nombre	NIT	Cotización Obligatoria	Aporte Voluntario Afiliado	Aporte Voluntario Aportante	Aporte FSP - Solidaridad	Aporte FSP - Subsistencia	Dias Mora	Valor Mora Cotización	Valor Mora FSP	Total a Pagar	No. Afiliados
230301	Porvenir	800224808-8	227.800	0	0	0	0	8	1.200	0	229.000	1

TOTALES RIESGOS LABORALES															
Código ARL	Nombre	NIT	Cotización Obligatoria	Incapacidades		Aportes Otros Sistemas	Valor Neto Cotización	Dias Mora	Valor Mora Cotización	Subtotal Cotización	No. Radicado Saldo a Favor	Valor Saldo a Favor	Fondo Solidaridad	Total a Pagar	No. Afiliados
				No. Autorización	Valor										
14-11	ARL SURA	890903790-5	34.700				34.700	8	200	34.900		347		34.900	1

TOTALES CAJAS							
Código CCF	Nombre	NIT	Valor Aporte	Dias Mora	Valor Mora Aporte	Total a Pagar	No. Afiliados
CCF21	Cafam	860013570-3	8.600	8	100	8.700	1

TOTALES PARAFISCALES				
Valor Aporte	Dias Mora	Valor Mora Aporte	Total a Pagar	No. Afiliados
<b>SENA</b>				
0	8	0	0	0
<b>ICBF</b>				
0	8	0	0	0
<b>ESAP</b>				
<b>MEN</b>				

TOTALES POR SUBSISTEMA			
Tipo Administradora	No. Administradoras Reportadas	Valor antes de IGE, LMA, IRP y Mora	Total a Pagar
Salud	1	178.000	178.900
Pensión	1	227.800	229.000
Riesgos Laborales	1	34.700	34.900
CCF	1	8.600	8.700
ESAP	0	0	0
ICBF	0	0	0
MEN	0	0	0
SENA	0	0	0
<b>TOTALES</b>	<b>4</b>	<b>449.100</b>	<b>451.500</b>

DATOS DEL APORTANTE						
TIPO	NÚMERO	NOMBRE APORTANTE		DIRECCIÓN	TELÉFONO	CORREO
CC	1030653301	ANDRES RICARDO BALLESTEROS CABALLERO		CRA 74 A 40 F 30 SUR APTO 501	4770239	ACABALLER01995@HOTMAIL.COM
FORMA PRESENTACIÓN	CLASE APORTANTE	NOMBRE SUCURSAL	CÓDIGO	DEPARTAMENTO	CIUDAD / MUNICIPIO	
ÚNICA	I - Independiente			BOGOTÁ D. C.	BOGOTÁ, D. C.	

DATOS DE LA PLANILLA						
PLANILLA ASOCIADA	FECHA PAGO ASOCIADA (DIA/MES/AÑO)	TIPO PLANILLA	FECHA PAGO (DIA/MES/AÑO)	NÚMERO PLANILLA	CANTIDAD	
					EMPLEADOS	UPC
					1	0
PERIODO SALUD	PERIODO PENSIONES				TOTAL A PAGAR	
2025-08	2025-08	I	10/09/2025	89093978	\$451.500	

DETALLE POR COTIZANTE																																															
INFORMACIÓN COTIZANTE										INFORMACIÓN NOVEDADES								PENSIÓN				SALUD			RIESGOS LABORALES			CCF			PARAFISCALES																
No.	Tipo	No. de Identificación	Apellidos y Nombres		Colombia	Bahía	Extranjero	Colomb. exterior	Extranjero	ING	RET	TDE	TAE	TAP	TAP	VMP	VPT	BLN	IDE	UMA	VAC	AVP	VCT	IRL	CONEXIÓN	Cód. AFP	IBC AFP	Cotización	Voluntario o Afiliado	Voluntario Aportante	Fondo pensional de solidaridad	Fondo pensional de subsistencia	Cód. EPS	IBC EPS	Cotización / Valor UPC	Cód. ARL	IBC ARL	Clase de Riesgo	Cotización	Código CCF	IBC CCF	Aporte CCF	IBC otros parafiscales	Aporte SENA	Aporte ICBF	Aporte ESAP	Aporte MEN
1	CC	1030653301	BALLESTEROS CABALLERO ANDRES RICARDO		59	0			N																	230301	1.423.500	227.800	0	0	0	0	EPS005	1.423.500	178.000	14-11	1.423.500	3	34.700	CCF21	1.423.500	8.600	0	0	0	0	0

PAGADA

← Detalle del movimiento



⌵ Pago realizado

Pago en  
Compensar-oi

¿Cuánto?  
\$ 451.500,00

Fecha  
10 de septiembre de 2025 a las 03:55 p. m.

Referencia  
M20750800

¿De dónde salió la plata?  
Disponible

¿Algún problema con este movimiento?

