


DATOS DEL CONTRATISTA

FECHA DE DILIGENCIAMIENTO: (30-11-2025)

NOMBRES Y APELLIDOS:	REYNALDO PINZON USECHE			CC:	93203218
CORREO ELECTRÓNICO:	reypius10@GMAIL.com			TELÉFONO:	3057103873
DIRECCIÓN DOMICILIO:	KR 80I 61 05			CIUDAD:	BOGOTA
BANCO AL CUAL CONSIGNAR:	NU	TIPO DE CUENTA:	AHORROS	N° CUENTA:	89035197

DATOS DEL CONTRATO O ADICION Y PERIODO OBJETO DE PAGO

N° DEL CONTRATO:	PS 5972 2025	VALOR CORRESPONDIENTE AL PERIODO OBJETO DE COBRO	\$ 1.999.896
FECHA DE INICIO CONTRATO	2025/07/21	FECHA DE TERMINACIÓN CONTRATO:	2025/11/30
PERIODO OBJETO DE COBRO:	DEL 2025/11/01 AL 2025/11/30		



REYNALDO PINZON USECHE
PS_5972_2025_FCE592

NOMBRE Y FIRMA DEL CONTRATISTA:

REYNALDO PINZON USECHE

CC: 93203218

CEL: 3057103873

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

REYNALDO PINZON USECHE

CON C.C N°

93.203.218

OBJETO DEL CONTRATO:	PRESTAR SERVICIOS DE APOYO A LA GESTION COMO GESTOR COMUNITARIO PARA DESARROLLAR ACTIVIDADES EN LA DIRECCI?N DE SERVICIOS AMBULATORIOS DE LA SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS EN SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E. - CONVENIO EBS DE MINISTERIO DE SALUD Y PROTECCION SOCIAL SEG?N RESOLUCION 1499 26-08-2024
-----------------------------	--

CONTRATO DE PRESTACION DE SERVICIOS PROFESIONALES No.	PS 5972 2025	FECHA INICIO CONTRATO	2025/07/21
--	---------------------	------------------------------	-------------------

VALOR INICIAL DEL CONTRATO	\$ 2.733.191	No. HORAS EJECUTADAS	184
-----------------------------------	--------------	-----------------------------	------------

VALOR TOTAL DEL CONTRATO INCLUIDO ADICIONES:	\$ 8.706.069	VALOR DE HONORARIOS PERÍODO A CERTIFICAR:	\$ 1.999.896
---	--------------	--	--------------

PLAZO DEL CONTRATO INCLUYENDO PRORROGAS	CINCO (5) MESES
--	-----------------

UNIDAD FUNCIONAL DE EJECUCIÓN DE ACTIVIDADES:	HOSPITAL SANTA CLARA
--	----------------------

NOMBRE DEL SUPERVISOR:	BERTHA SOFIA DIAZ QUEVEDO
-------------------------------	---------------------------

ITEM	II. ACTIVIDADES REALIZADAS EN EL PERIODO, DE ACUERDO CON EL OBJETO Y LAS OBLIGACIONES ESTABLECIDAS EN EL CONTRATO (Deben ser coherentes con las obligaciones específicas del contrato realizadas durante el mes)
-------------	--

1	1. REALIZAR APOYO AL MAPEO Y CARTOGRAFÍA SOCIAL DE LOS TERRITORIOS DE ABORDAJE Y DE PRIMER CONTACTO CON LAS COMUNIDADES DE CADA MICROTERRITORIO. RECIBIR EL MAPA DEL SECTOR CATASTRAL ENVIADO POR PARTE DEL GEOGRAFOPARA RECONOCER EL TERRITORIO Y HACER LA AVANZADA EL DIA DE LA TOMA, GUIAR A LOS EQUIPOS Y TOMAS DATOS COMO MANZANAS Y PREDIOS VISITADOS, IDENTIFICANDO FACTORES EN EL AMBITO AMBIENTAL, SOCIAL Y SEGURIDAD.
2	2. GESTIONAR LAS ÓRDENES GENERADAS POR PROFESIONALES DE EQUIPO BASE. A TRAVES DEL ENLACE DE LA ENTIDAD CAPITAL SALUD SE CAPTO LA INFORMACION PARA GESTIONAR AFILIACIONES DE LOS USUARIOS SIN EPS CON EL NUMERO DE WHATSAPP DE CAPITAL SALUD SE REALIZA LA GESTION DE AFILIACIONES CON RESPUESTA INMEDIATA.
3	3. REALIZAR EL PRIMER CONTACTO CON LOS MICROTERRITORIOS Y TERRITORIOS ASIGNADOS, CON LA FINALIDAD DE INFORMAR ACTIVIDADES A REALIZAR SEGÚN PLANEACIÓN. SE REALIZO SOCIALIZACION DE LA OFERTA DE SERVICIOS CON LIDERES SOCIALES DEL MINISTERIO DE SALUD A TRAVES DE LOS EQUIPOS BASICOS EN SALUD.
4	4. INFORMAR EN LA COMUNIDAD LAS ACCIONES QUE DESARROLLARÁN LOS EQUIPOS A TRAVÉS DE MEDIOS Y HERRAMIENTAS COMUNICATIVAS (PAGINA WEB INSTITUCIONAL, REDES SOCIALES Y GRUPOS DE WHATSAPP). A TRAVES DEL DRIVE DE DIRECTORIOS TELEFONICOS DE LIDERES DE LOS DIFRENTES SECTORES CATASTRALES SE LE INFORMAN DE LAS ACTIVIDADES CON ANTICIPACION PARA PODER LLEGAR A LOS HOGARES CON MAS CONFIANZA.
5	5. CONVOCAR, IMPLEMENTAR Y REALIZAR SEGUIMIENTO A ESPACIOS DE PARTICIPACIÓN SOCIAL Y POPULAR POR CADA UNO DE LOS MICROTERRITORIOS ABORDADOS POR EL EQUIPO. SE REALIZO ACOMPAÑAMIENTO EN EL COMITÉ DE VIGILANCIA Y EPIDEMIOLOGIA COMUNITARIA (COVECOM) SE PARTCIPO EN EL COMITE MENSUAL DEL EQUIPO BASICO EN SALUD.
6	6. DIGITALIZAR LOS INSTRUMENTOS QUE SEAN DILIGENCIADOS DE FORMA MANUAL EN LA HERRAMIENTA QUE DEFINA EL MINISTERIO DE SALUD Y PROTECCIÓN SOCIAL. DRIVE CON DATOS DE ACTORES Y ENTIDADES DE LOS DIFERENTES SECTORES CATASTRALES
7	7. APOYAR AL EQUIPO BÁSICO EN LA UBICACIÓN DE LAS VIVIENDAS ASIGNADAS EN EL TERRITORIO A INTERVENIR. SE REALIZO ACOMPAÑAMIENTO EN EL RUTEO DE USUARIOS EN LOS DIFERENTES SECTORES CATASTRATALES
8	8. REALIZAR LA BÚSQUEDA Y/O ACOMPAÑAMIENTO DE HOGARES SIN IDENTIFICACIÓN EN LOS TERRITORIOS ASIGNADOS. SE REALIZO BUSQUEDA DE USUARIOS EN EL MICOTERRITORIO A TRAVES DEL RUTEO Y MAPAS, Y TELEFONOS.
9	9. ENTREGAR INFORME MENSUAL QUE INCLUYA SOPORTES EN FÍSICO DE LAS ACTIVIDADES REALIZADAS Y DILIGENCIAMIENTO COMPLETO DE LOS FORMATOS ESTABLECIDOS. SE REALIZO ACTAS DE LAS DIFRENTES TOMAS TERRITORIALES, ACTAS CON LIDERES COMUNITARIOS, ACTAS CON ENFOQUE DIFERENCIAL Y CON VIGILANCIA EPIDEMIOLOGICA
	10. ELABORAR Y ENTREGAR INFORME FINAL A LOS QUE HAYA LUGAR DENTRO LA ESTRATEGIA DE ATENCIÓN PRIMARIA EN SALUD. ENTREGA DE ACTAS DIARIAS , ACTAS DE LIDERES SOCIALES, ACTA DE COBECOM, ACTAS COMITÉ MENSUAL DE

10	LOCALIDAD Y GENERAL.
11	11. REALIZAR LAS DEMÁS ACTIVIDADES RELACIONADAS CON EL OBJETO CONTRACTUAL QUE ASIGNE EL SUPERVISOR DEL CONTRATO BAJO EL CONVENIO DE EBS DE MINISTERIO DE SALUD Y PROTECCION SOCIAL SEGÚN RESOLUCIÓN 1499 26-08-2024. SOCIALIZACION DE LOS DEBERES Y DERECHOS DE LOS USUARIOS A 120 FAMILIAS

III. VERIFICACION DE ACTIVIDADES DESARROLLADAS

SE VERIFICA QUE 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 (2025-11-01) AL (2025-11-30)

IV. INFORMACIÓN DE APORTES A SEGURIDAD SOCIAL

No. DE PLANILLA:	N° 91502952	OPERADOR:	MI PLANILLA
CONCEPTO DEL PAGO	ENTIDAD	FECHA DE PAGO	VALOR PAGADO
SALUD:	SANITAS	2025/11/18	\$ 177.937
PENSIÓN:	COLPENSIONES	2025/11/18	\$ 227.760
RIESGOS LABORALES:	POSITIVA	2025/11/18	\$ 34.676
OTRO			
TOTAL PAGADO			\$ 440.373



V. 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 calculo 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 afiliacion a eps, arl, pension, 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

NOMBRE Y FIRMA DEL CONTRATISTA	 REYNALDO PINZON USECHE PS_5972_2025_FCE592 _____ REYNALDO PINZON USECHE CC: 93203218
FIRMA DE QUIEN CONVALIDA EL CUMPLIMIENTO DE LAS OBLIGACIONES PARA EL PRESENTE PERIODO DE PAGO	 BERTHA SOFIA DIAZ QUEVEDO PS_5972_2025_FCE592 _____ BERTHA SOFIA DIAZ QUEVEDO SUPERVISOR DEL CONTRATO

DATOS DEL APORTANTE						
TIPO	NÚMERO	NOMBRE APORTANTE		DIRECCIÓN	TELÉFONO	CORREO
CC	93203218	REYNALDO PINZON USECHE		cil 57 H SUR 72 D 14	7773106	reypius10@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	
2025-10	2025-10	I	18/11/2025	91502952	\$443.700	

TOTALES POR SUBSISTEMAS

TOTALES SALUD

Código EPS	Nombre	NIT	Cotización Obligatoria	UPC Adicional	Incapacidades		Licencia Maternidad		Días 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	11	1.300	0	179.300	1

TOTALES PENSIÓN

Código AFP	Nombre	NIT	Cotización Obligatoria	Aporte Voluntario Afiliado	Aporte Voluntario Aportante	Aporte FSP - Solidaridad	Aporte FSP - Subsistencia	Días Mora	Valor Mora Cotización	Valor Mora FSP	Total a Pagar	No. Afiliados
25-14	Colpensiones	900336004-7	227.800	0	0	0	0	11	1.600	0	229.400	1

TOTALES RIESGOS LABORALES

Código ARL	Nombre	NIT	Cotización Obligatoria	Incapacidades		Aportes Otros Sistemas	Valor Neto Cotización	Días 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										
14-23	Positiva Seguros	860011153-6	34.700				34.700	11	300	35.000			347	35.000	1

TOTALES CAJAS

Código CCF	Nombre	NIT	Valor Aporte	Días Mora	Valor Mora Aporte	Total a Pagar	No. Afiliados

TOTALES PARAFISCALES

Valor Aporte	Días Mora	Valor Mora Aporte	Total a Pagar	No. Afiliados
SENA				
0	11	0	0	0
ICBF				
0	11	0	0	0
ESAP				
MEN				

TOTALES POR SUBSISTEMA

Tipo Administradora	No. Administradoras Reportadas	Valor antes de IGE, LMA, IRP y Mora	Total a Pagar
Salud	1	178.000	179.300
Pensión	1	227.800	229.400
Riesgos Laborales	1	34.700	35.000
CCF	0	0	0
ESAP	0	0	0
ICBF	0	0	0
MEN	0	0	0
SENA	0	0	0
TOTALES	3	440.500	443.700

DATOS DEL APORTANTE						
TIPO	NÚMERO	NOMBRE APORTANTE		DIRECCIÓN	TELÉFONO	CORREO
CC	93203218	REYNALDO PINZON USECHE		cil 57 H SUR 72 D 14	7773106	reypius10@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	
					EMPLADOS	UPC
					1	0
PERIODO SALUD	PERIODO PENSIONES				TOTAL A PAGAR	
2025-10	2025-10	I	18/11/2025	91502952	\$443.700	

DETALLE POR COTIZANTE																																													
INFORMACIÓN COTIZANTE										INFORMACIÓN NOVEDADES								PENSIÓN				SALUD			RIESGOS LABORALES			CCF			PARAFISCALES														
No.	Tipo	No. de identificación	Apellidos y Nombres	Cotizante	Subjeto	Exonerado	Exonerado	ING	RET	TDE	TAE	TDP	TAP	VBP	VBT	SILN	ISE	MA	MA	ASAP	VCT	IRL	CDR	Cód. AFP	IBC AFP	Cotización	Voluntari 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	93203218	PINZON USECHE REYNALDO	59	0	N																		25-14	1.423.500	227.800	0	0	0	0	EPS005	1.423.500	178.000	14-23	1.423.500	3	34.700		0	0	0	0	0	0	0

PAGADA

- Documentos del Proveedor
- Documentos del contrato
- Información presupuestal
- 7 Ejecución del Contrato**
- Modificaciones del Contr...
- Incumplimientos

Porcentaje Recepción de artículos

Plan de Pagos

¿Se requieren emisiones de códigos de autorización? Sí No

Id de pago	Número de factura	Fecha de emisión	Fecha de recepción	Valor total de la factura	Estado
No existen resultados que cumplan con los criterios de búsqueda especificados					

Crear

Documentos de ejecución del contrato

Descripción	Nombre del archivo	Cargado por		
<input type="checkbox"/> PS 5972 CUENTA DE COBRO JULIO 2025.pdf	PS 5972 CUENTA DE COBRO JULIO 2025.pdf	Proveedor	Descargar	Detalle
<input type="checkbox"/> PS 5972 CUENTA DE COBRO AGOSTO 2025.pdf	PS 5972 CUENTA DE COBRO AGOSTO 2025.pdf	Proveedor	Descargar	Detalle
<input type="checkbox"/> PS 5972 CUENTA DE COBRO SEPTIEMBRE 2025.pdf	PS 5972 CUENTA DE COBRO SEPTIEMBRE 2025.pdf	Proveedor	Descargar	Detalle
<input type="checkbox"/> 1 PS 5972 2025 CRP-22342.pdf	1 PS 5972 2025 CRP-22342.pdf	Comprador	Descargar	Detalle
<input type="checkbox"/> PS 5972 CUENTA DE COBRO OCTUBRE 2025.pdf	PS 5972 CUENTA DE COBRO OCTUBRE 2025.pdf	Proveedor	Descargar	Detalle

Borrar Cargar nuevo

Cancelar

Evaluación de la Entidad Estatal



NV Series

