

DATOS DEL CONTRATISTA

FECHA DE DILIGENCIAMIENTO: (30-11-2025)

NOMBRES Y APELLIDOS:	MICHAEL ANDREY MAESTRE GUERRERO		CC:	1140914378	
CORREO ELECTRÓNICO:	maicolmaestre026@gmail.com		TELÉFONO:	3008272146	
DIRECCIÓN DOMICILIO:	KR 8B BIS 81 77 SUR		CIUDAD:	BOGOTA	
BANCO AL CUAL CONSIGNAR:	BANCO CAJA SOCIAL	TIPO DE CUENTA:	AHORROS	N° CUENTA:	24148688199

DATOS DEL CONTRATO O ADICION Y PERIODO OBJETO DE PAGO

N° DEL CONTRATO:	PS 6341 2025	VALOR CORRESPONDIENTE AL PERIODO OBJETO DE COBRO	\$ 1.999.896
FECHA DE INICIO CONTRATO	2025/09/16	FECHA DE TERMINACIÓN CONTRATO:	2025/11/30
PERIODO OBJETO DE COBRO:	DEL 2025/11/11 AL 2025/11/30		



MICHAEL ANDREY MAESTRE GUERRERO
PS_6341_2025_F2465D

NOMBRE Y FIRMA DEL CONTRATISTA:
MICHAEL ANDREY MAESTRE GUERRERO
CC: 1140914378
CEL: 3008272146

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

MICHAEL ANDREY MAESTRE GUERRERO

CON C.C N°

1.140.914.378

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

CONTRATO DE PRESTACION DE SERVICIOS PROFESIONALES No.		PS 6341 2025	FECHA INICIO CONTRATO	2025/09/16
VALOR INICIAL DEL CONTRATO	\$	2.999.844	No. HORAS EJECUTADAS	184
VALOR TOTAL DEL CONTRATO INCLUIDO ADICIONES:	\$	4.999.740	VALOR DE HONORARIOS PERÍODO A CERTIFICAR:	\$ 1.999.896
PLAZO DEL CONTRATO INCLUYENDO PRORROGAS	TRES (3) 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	SE REALIZA APARTIR DEL MAPA QU NOS DA EL GEOGRAFO AVANZADA PA EL EQUIPO			
2	SE REALIZA RECONOCIMIENTO DEL TERRENO REVIZANDO SI ES SEGURO PARA EL EQUIPO			
3	SE GESTIONA AFILIACIONES POR MEDIO DEL LINK DE CAPITAL SALUD			
4	SE GESTIONA PRIMER RECONOCIMIENTO A TERRENO Y SE DA A CONOCER EL PROYECTO MAS BIENESTAR			
5	SE GESTIONAN ARTICULACIONES CON LIDERES SOCIALES Y SE UBICAN CAIS DE POLICIAS			
6	SE GESTIONAN ACTAS CON LIDERES SOCIALES			
7	SE GESTIONA ACOMPAÑAMIENTO BICANDO LAS MANZANAS Y PREVIOS ASIGNADOS POR EL GEOGRAFO			
8	REDIRECCIONAMIENTO PARA LA GESTION DE DOCUMENTACION DE PERSONAS MIGRANTES			
9	SE GESTIONA EN EL REAPECTIVO DRIVE CON ACTAS Y FOTOS COMO EVIDENCIA DE LAS ACTIVIDADES REALIZADAS DEL MES			
10	GESTION A HOGARES GERERATRICOS Y JUNTAS DE ACCION COMUNAL			

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 (2025-11-11) AL (2025-11-30)

IV. INFORMACIÓN DE APORTES A SEGURIDAD SOCIAL

No. DE PLANILLA:	N° 1076410264	OPERADOR:	SIMPLE
CONCEPTO DEL PAGO	ENTIDAD	FECHA DE PAGO	VALOR PAGADO
SALUD:	SANITAS	2025/11/14	\$ 177.937
PENSIÓN:	COLPENSIONES	2025/11/14	\$ 227.760
RIESGOS LABORALES:	SURA	2025/11/14	\$ 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



MICHAEL ANDREY MAESTRE GUERRERO

PS_6341_2025_F2465D

MICHAEL ANDREY MAESTRE GUERRERO

CC: 1140914378

FIRMA DE QUIEN CONVALIDA EL CUMPLIMIENTO DE LAS OBLIGACIONES PARA EL PRESENTE PERIODO DE PAGO



BERTHA SOFIA DIAZ QUEVEDO

PS_6341_2025_F2465D

BERTHA SOFIA DIAZ QUEVEDO

SUPERVISOR DEL CONTRATO