Secretaría Distrital 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					
STELLA FERNANDEZ PAVA					
NÚMERO DE DOCUMENTO DE IDENTIDAD:			39.551.512		
OBJETO DEL CONTRATO:	PRESTAR SERVICIOS COMO TECNICO ADMINISTRATIVO PARA DESARROLLARACTIVIDADES EN LA DIRECCION DE SERVICIO HOSPITALARIOS DE LA SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E				
CONTRATO DE PRESTACION DE SERVICIOS PROFESIONALES No.		PS 1615 2025	FECHA INICIO CONTRATO		2/01/2025
VALOR INICIAL DEL CONTRATO	$ 8.016.078	PLAZO INICIAL DEL CONTRATO	DOS (2) MESES Y VEINTINUEVE (29) DIAS		
VALOR TOTAL DEL CONTRATO INCLUIDO ADICIONES:	$ 8.016.078		VALOR DE HONORARIOS PERÍODO A CERTIFICAR:		$ 2.672.026
N° DE INFORME:	UNO (1)	N° CRP:	6260	N° CDP:	3
PLAZO TOTAL DEL CONTRATO INCLUIDO PRORROGAS	DOS (2) MESES Y VEINTINUEVE (29) DIAS				
UNIDAD FUNCIONAL EJECUCIÓN DE ACTIVIDADES:	ISC HOSPITAL SANTA CLARA				
NOMBRE DEL SUPERVISOR:	HUGO GERMAN REYES GUERRERO				

II. MODIFICACIONES CONTRACTUALES

N° DE MODIFICACIÓNES DEL CONTRATO:		TIPO DE MODIFICACIÓN	ADICIÓNES		PRORROGAS		
VALOR ADICIONADO		CDP DE LA ADICIÓN:		CRP DE LA ADICIÓN:		TIEMPO PRORROGADO:	
VALOR ADICIONADO		CDP DE LA ADICIÓN:		CRP DE LA ADICIÓN:		TIEMPO PRORROGADO:	
VALOR ADICIONADO		CDP DE LA ADICIÓN:		CRP DE LA ADICION:		TIEMPO PRORROGADO:	
VALOR ADICIONADO		CDP DE LA ADICIÓN:		CRP DE LA ADICIÓN:		TIEMPO PRORROGADO:	
VALOR ADICIONADO		CDP DE LA ADICIÓN:		CRP DE LA ADICIÓN:		TIEMPO PRORROGADO:	
VALOR ADICIONADO		CDP DE LA ADICIÓN:		CRP DE LA ADICIÓN:		TIEMPO PRORROGADO:	
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:	NA	NOMBRE DE LA ASEGURADORA:			NA
FECHA DE LA PÓLIZA	NA	FECHA DE APROBACIÓN:			NA

ITEM	IV. 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	Valoracion y seguimiento multidisciplinario de pacientes psiquiatricos hospitalizados en la unidad de salud mental UMHES Santa CLara, en equipo conformado por psicologia, enfermeria, trabajo social y terapia ocuapcional, siguiendo los protocolos cientificos establecidos y con los elementos de bioseguridad necesarios.
2	Realizacion de psicoeducacion y charlas preventivas a pacientes y familaires buscando adecuada dherencia ambulatoria al manejo realizado intrahospitalariamente, siguiendo los protocolos estbalecidos y ussando los elementos de bioseguridad necesarios.
3	Diligenciamiento de la Historia Clinica y los diferentes documentos y anexos necesarios para la atencion intrahospitalria de los pacientes atendidos en el programa Dinamica. según la reglamentacion correspondiente y en los casos de contigencia, de forma legible en la papeleria establecida por la subred.
4	Informacion detallada sobre los diagnsoticos y diferenrtes tratamientos administrados al paciente durante las entrevistas diarias y entrevista presencial y telefonica a familiares responsables de los pacientes, siguiendo lso protocolos de bioseguridad establecidos en la subred.
5	Cumplimiento de los protocolos y lineamientos estabblecidos por la Oficina de Calidad, buscando una atencion integral y humanizada a los pacientes psiquaitricosde la UMHES Santa Clara.

6	Participacion en las diferentes actividades dentro de las investigaciones o estudios establecidos o requeridos por la subred, siguiendo los protocolos establecidos.
7	Participacion en las diferentes actividades establecidos o requeridos por la subred con el fin de lograr la vision Institucional.
8	Realizacion de psicoeducacion y charlas preventivas a pacientes y familaires buscando adecuada dherencia ambulatoria al manejo realizado intrahospitalariamente, siguiendo los protocolos estbalecidos y ussando los elementos de bioseguridad necesarios.
9	Registro diario y mensual de los pacientes atendidos y de los egresos dados, según los protocolos establecidos por la subred.
10	

V. INFORMACIÓN DE APORTES A SEGURIDAD SOCIAL

No. DE PLANILLA:	82462150	OPERADOR:	MI PLANILLA
CONCEPTO DEL PAGO	ENTIDAD	FECHA DE PAGO	VALOR PAGADO
SALUD:	NUEVA EPS	20/12/2024	$ 162.500
PENSIÓN:	COLPENSIONES	PENSIONADO	$ -
RIESGOS LABORALES:	SEGUROS BOLIVAR	20/12/2024	$ 31.700
OTRO			
TOTAL PAGADO			$ 194.200

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 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 periodo correspondiente

STELLA FERNANDEZ PAVA
39.551.512
3132213097

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

DATOS DEL CONTRATISTA			
FECHA DE DILIGENCIAMIENTO: (31/01/2025)			
NOMBRES Y APELLIDOS:	STELLA FERNANDEZ PAVA	**CC:**	39.551.512
		RUT (NIT):	NA
CORREO ELECTRÓNICO:	SFERPA@HOTMAIL.COM	**TELÉFONO:**	3132213097
DIRECCIÓN DOMICILIO:	CRA 4A 32-07	**CIUDAD:**	BOGOTA
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

Regimen 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:	**BANCO CAJA SOCIAL**				
NOMBRE DEL BANCO (APLICA CUANDO EL BANCO NO SE ENCUENTRE EN LA LISTA DESPLEGABLE)		**TIPO DE CUENTA:**	**AHORROS**	**N° CUENTA:**	**24070941810**

NÚMERO DEL CONTRATO Y DATOS DE LA ÚLTIMA ADICIÓN (PERIODO OBJETO DE PAGO)						
N° DEL CONTRATO:	**PS 1615 2025**	**N° CDP:**	**3**	**N°. RP:**	6260	**PLAZO DEL CONTRATO INCLUIDAS PRORROGAS : DOS (2) MESES Y VEINTINUEVE (29) DIAS**
FECHA DE INICIO CONTRATO	**2/01/2025**	**FECHA DE TERMINACIÓN CONTRATO:**		**31/03/2025**		**$ 8.016.078**
PERIODO OBJETO DE COBRO:	DEL 02/01/2025 AL 31/01/2025					
VALOR A PAGAR CORRESPONDIENTE AL PERIODO OBJETO DE COBRO EN (LETRAS Y NUMEROS)	**$ 2.672.026**					
	DOS MILLONES SEISIENTOS SETENTA Y DOS MIL VEINTISEIS PESOS MCTE					

STELLA FERNANDEZ PAVA
39.551.512
3132213097

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

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

NOMBRE DEL CONTRATISTA	STELLA FERNANDEZ PAVA
NÚMERO DOCUMENTO DE IDENTIDAD	39.551.512

I. INFORMACION GENERAL DEL CONTRATO DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS

OBJETO DEL CONTRATO:	PRESTAR SERVICIOS COMO TECNICO ADMINISTRATIVO PARA DESARROLLARACTIVIDADES EN LA DIRECCION DE SERVICIO HOSPITALARIOS DE LA SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E

CONTRATO DE PRESTACION DE SERVICIOS PROFESIONALES No.	PS 1615 2025			FECHA INICIO CONTRATO	2/01/2025
VALOR INICIAL DEL CONTRATO	$ 8.078.016				
VALOR TOTAL DEL CONTRATO INCLUIDO ADICIONES:	$ 8.078.016			VALOR DE HONORARIOS PERÍODO A CERTIFICAR:	$ 2.672.026
N° PAGO / N° DE INFORME:	(1 de 1)	N° CRP INICIAL:	6260	N° CDP INICIAL DEL CONTRATO	3
PLAZO DEL CONTRATO INCLUYENDO PRORROGAS	DOS (2) MESES Y VEINTINUEVE (29) DIAS				

N° DE PLANILLA DE PAGO DE SEGURIDAD SOCIAL:	82462150	OPERADOR:	MI PLANILLA
PROCESO EN DONDE SE EJECUTARON LAS ACTIVIDADES:	DIRECCION DE HOSPITALIZACION MEDICINA		
UNIDAD FUNCIONAL DE EJECUCIÓN DE ACTIVIDADES:	ISC HOSPITAL SANTA CLARA		
NOMBRE DEL SUPERVISOR:	HUGO GERMAN REYES GUERRERO		

II. MODIFICACIONES CONTRACTUALES

N° DE MODIFICACIÓN:	$ -	TIPO DE MODIFICACIÓN (ADICIÓN – PRÓRROGA):				0	0
VALOR ADICIONADO	$ -	CDP DE LA ADICIÓN:	0	RP DE LA ADICIÓN:	0	TIEMPO PRORROGADO:	
VALOR ADICIONADO	$ -	CDP DE LA ADICIÓN:	$ -	RP DE LA ADICIÓN:	0	TIEMPO PRORROGADO:	
VALOR ADICIONADO	$ -	CDP DE LA ADICIÓN:	$ -	RP DE LA ADICIÓN:	0	TIEMPO PRORROGADO:	
VALOR ADICIONADO	$ -	CDP DE LA ADICIÓN:	$ -	RP DE LA ADICIÓN:	0	TIEMPO PRORROGADO:	
VALOR ADICIONADO	$ -	CDP DE LA ADICIÓN:	$ -	RP DE LA ADICIÓN:	0	TIEMPO PRORROGADO:	
VALOR ADICIONADO	$ -	CDP DE LA ADICIÓN:	$ -	RP DE LA ADICIÓN:	0	TIEMPO PRORROGADO:	
VALOR ADICIONADO		CDP DE LA ADICIÓN:		RP DE LA ADICIÓN:		TIEMPO PRORROGADO:	
VALOR ADICIONADO		CDP DE LA ADICIÓN:		RP DE LA ADICIÓN:		TIEMPO PRORROGADO:	

III. POLIZAS (SI APLICA)

¿PACTÓ POLIZAS EN SU CONTRATO?	SI		NO	X	
N° DE PÓLIZA:	NA	NOMBRE DE LA ASEGURADORA:		NA	
FECHA DE LA PÓLIZA	NA	ACTO ADMINISTRATIVO DE		NA	

IV. 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 articulo 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 (02/01/2025) AL (31/01/2025)

FIRMA DE QUIEN CONVALIDA EL CUMPLIMIENTO DE LAS OBLIGACIONES PARA EL PRESENTE PERIODO DE PAGO:	P/P HUGO GERMAN REYES GUERRERO MEDICO ESPECIALISTA - REFERENTE SALUD MENTAL YANITH PIRAGAUTA GUTIERREZ DIRECTOR TÉCNICO CÓDIGO 009 GRADO 05

compensar | miplanilla.com

PLANILLA INTEGRADA DE AUTOLIQUIDACION DE APORTES

DATOS DEL APORTANTE						
TIPO	NÚMERO	NOMBRE APORTANTE	DIRECCIÓN	TELÉFONO	CORREO	EXONERADO PAGO PARAFISCALES Y SALUD
CC	39551512	STELLA FERNANDEZ PAVA	CR 4 A # 32 07	3400478	SFERPA@HOTMAIL.COM	
FORMA PRESENTACIÓN	CLASE APORTANTE	NOMBRE SUCURSAL	CÓDIGO	DEPARTAMENTO	CIUDAD / MUNICIPIO	
ÚNICA	I – Independiente			BOGOTÁ D. C.	BOGOTÁ. D.C.	SI

DATOS DE LA PLANILLA						
PLANILLA ASOCIADA	FECHA PAGO ASOCIADA (DIA/MES/AÑO)	TIPO PLANILLA	FECHA PAGO (DIA/MES/AÑO)	NÚMERO PLANILLA	CANTIDAD	
					EMPLEADOS	UPC
PERIODO SALUD	PERIODO PENSIONES				1	0
2024-12	2024-12	I	20/12/2024	82462150	TOTAL A PAGAR	
					$194.200	

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					
EPS037	Nueva EPS	900156264-2	162.500	0		0		0	0	0	0	162.500	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

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										
14-7	Seguros Bolívar S.A.	860002503-2	31.700				.700	0	0	31.700			317	31.700	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	0	0	0	0
ICBF				
0	0	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	162.500	162.500
Pensión	0	0	0
Riesgos Laborales	1	31.700	31.700
CCF	0	0	0
ESAP	0	0	0
ICBF	0	0	0
MEN	0	0	0
SENA	0	0	0
TOTALES	2	194.200	194.200

Este documento está clasificado como PRIVADO por parte de Compensar Operador de Información

Colfondos

Bogotá, D.C., 02 de septiembre de 2019
RP-R-LL-15834-09-19

Señora
STELLA FERNANDEZ PAVA
Carrera 1 A No 92 – 10
Cel. 3132213097 – 3006570705
Correo Electrónico: sferpa@hotmail.com
Bogotá – Cundinamarca

Ref: Objeción de Pensión de Vejez, Stella Fernandez Pava c.c. 39.551.512
Oficina Calle 53

Respetada Señora:

En atención a la solicitud de pensión de vejez, atentamente nos permitimos informarle lo siguiente:

Usted suscribió formulario de vinculación con el fondo de Pensiones Obligatorias administrado por Colfondos el día 10 de abril de 1998.

Al revisar el saldo de la cuenta de ahorro individual administrada por Colfondos, donde se encuentran los aportes realizados por concepto de pensión al Fondo de Pensiones Obligatorias más los respectivos rendimientos, se evidencia que no completa el capital que se requiere de acuerdo con lo establecido en el artículo 64 de la Ley 100 de 1993, que señala:

"Los afiliados al Régimen de Ahorro Individual con Solidaridad tendrán derecho a una pensión de vejez, a la edad que escojan, siempre y cuando el capital acumulado en su cuenta de ahorro individual les permita obtener una pensión mensual, superior al setenta y cinco (75%) del salario mínimo mensual promedio, calculado anualmente según la variación porcentual del índice de precios al consumidor, certificado por el DANE. Para el cálculo de dicho monto se tendrá en cuenta el valor del bono pensional, cuando a este hubiere lugar."

De la anterior lectura podemos establecer que para efectos de una pensión de vejez se requiere contar con un capital que alcance para financiar una pensión de vejez igual al 75% de un salario mínimo, situación que en su caso particular no sucede.

Teniendo en cuenta las anteriores consideraciones y en cumplimiento de lo dispuesto en el artículo 19 parágrafo del Decreto 656 de 1994, el Fondo de Pensiones Obligatorias Colfondos OBJETA su pensión de vejez.

De otra parte, el artículo 65 de la Ley 100 de 1993, dice lo siguiente:

"Quien sean los Setenta (70) años o las edades previstas en el artículo anterior, hayan cotizado el número mínimo de semanas exigidas, y no hayan reunido el capital necesario para financiar una pensión por lo menos igual al salario mínimo, tendrán derecho a la devolución del capital acumulado en su cuenta de ahorro individual, incluidos los rendimientos financieros y el valor del bono pensional, si a éste hubiere lugar, o a continuar cotizando hasta alcanzar el derecho."

Sin embargo, su bono pensional se redimió el 13 de agosto de 2017 no obstante usted puede acudir a la redención anticipada del bono pensional, tal como lo señala el artículo 16 del Decreto 1748 de 1995, así:

"Artículo 16. REDENCIÓN ANTICIPADA DE LOS BONOS.

Habrá lugar a la redención anticipada de los bonos cuando se de una de las siguientes circunstancias.

1. *Para bonos tipo A que no hayan sido negociados ni utilizados para adquirir acciones de empresas públicas, el fallecimiento o la declaratoria de invalidez del beneficiario o bien la devolución del saldo en los casos previstos en los artículos 72 y 78 de la Ley 100 de 1993. (...)*

En consecuencia, debido a que usted no cumplió con los requisitos establecidos para obtener una pensión de vejez, actualmente ahora procedemos a realizar la devolución de saldos que se encuentran registrados en su cuenta individual de ahorro pensional.

De igual manera, una vez culmine el trámite del bono pensional y el mismo se encuentre acreditado en su cuenta de ahorro individual procederemos a devolverle este valor.

Es de aclarar que el valor de esta devolución podrá variar de acuerdo a la rentabilidad que tenga el fondo entre la fecha de esta comunicación y el momento del pago.

El pago de los dineros antes mencionados será efectuado en la oficina de atención al cliente a través de la cual usted radicó su solicitud pensional.

Por último, le solicitamos indicar la forma de pago:

Cuenta Bancaria: _____

Cualquier información adicional la atenderemos con gusto.

Cordialmente,

MARIA BIBIANA MANTILLA PARADA
Coordinadora de Pensiones
Maam/Mpl