

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

ASTRID JOHANA ZAMBRANO TORRES

NÚMERO DE DOCUMENTO DE IDENTIDAD:

1,013,665,330

OBJETO DEL CONTRATO:

PRESTAR SERVICIOS COMO TECNICO AUXILIAR DE ENFERMERIA 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

CONTRATO DE PRESTACION DE SERVICIOS PROFESIONALES No.

PS 4146 2025

FECHA INICIO CONTRATO

01/01/2025

VALOR INICIAL DEL CONTRATO

\$ 14,762,688

**PLAZO
INICIAL DEL
CONTRATO**

SEIS (6) MESES

**VALOR TOTAL DEL CONTRATO
INCLUIDO ADICIONES:**

\$ 16,577.924

VALOR DE HONORARIOS PERÍODO A CERTIFICAR:

\$ 1,090.437

Nº DE INFORME:

8

N° CRP:

CRP:

Nº CDP:

5

**PLAZO TOTAL DEL CONTRATO
INCLUIDO PRORROGAS**

SEIS MESES

UNIDAD FUNCIONAL EJECUCIÓN DE ACTIVIDADES:

6BH CENTRO DE SALUD BELLO HORIZONTE

NOMBRE DEL SUPERVISOR:

MARIA CRISTINA DUARTE GARZON
PROFESIONAL ESPECIALIZADO AREA DE LA SALUD CÓDIGO 242 GRADO 29

II. MODIFICACIONES CONTRACTUALES

[illegible]

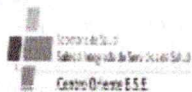
III. POLIZAS

¿PACTO POLIZAS EN SU CONTRATO?		SI	NO	X
Nº DE PÓLIZA:	N/A	NOMBRE DE LA ASEGURADORA:		N/A
FECHA DE LA PÓLIZA	N/A	FECHA DE APROBACIÓN:		N/A

ÍTEM	IV. 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)
1	<p>1. OBLIGACIÓN: Prestar sus servicios con calidad y oportunidad, para el desarrollo de las actividades del Plan de Intervenciones Colectivas en el Distrito Capital según convenio PSPIC vigente y suscrito entre el FDS y la Subred</p> <p>2. ACTIVIDADES DESARROLLADAS: Intervención en acciones de MRCV con calidad y oportunidad.</p> <p>3. PRODUCTO (EVIDENCIA): "SE REALIZA PRODUCTO EN TERRENO Y ES ENTREGADO EN FÍSICO PARA SER GUARDADO EN EL SERVIDOR SIVIGILA. \\172.26.33.40\sivigila2025\$\250.46.3\IEC\1.IEC_SIVIGILA</p>
2	<p>1. OBLIGACIÓN: Presentar mensualmente el cronograma de actividades a desarrollar.</p> <p>2. ACTIVIDADES DESARROLLADAS: Se proyecta diariamente el cronograma y se entrega en físico del mes correspondiente a Mayo 2025.</p> <p>3. PRODUCTO (EVIDENCIA): https://subredcentrooriente-my.sharepoint.com/:x/r/personal/givspcentrooriente_subredcentrooriente_gov_co/_layouts/15/Doc.aspx?sourcedoc=%7BBBF78976C-C620-4F00-89EF-FCCB228D8998%7D&file=CRONO_ENERO_2025_ACTUALIZADO.xlsm&action=default&mobiledirect=true</p>
3	<p>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</p> <p>2. ACTIVIDADES DESARROLLADAS: Intervención en MRCV, con calidad, veracidad de la información y oportunidad, presentando los soportes en físico en los formatos establecidos.</p> <p>3. PRODUCTO (EVIDENCIA): "SE REALIZA PRODUCTO EN TERRENO Y ES ENTREGADO EN FÍSICO PARA SER GUARDADO EN EL SERVIDOR SIVIGILA. \\172.26.33.40\sivigila2025\$\250.46.3\IEC\1.IEC_SIVIGILA</p>

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 habitación y acreditación de servicios de salud. 2. ACTIVIDADES DESARROLLADAS: Se realiza búsqueda de menores de 0 a 5 años, verificando su estado vacunal. 3. PRODUCTO (EVIDENCIA): "SE REALIZA PRODUCTO EN TERRENO Y ES ENTREGADO EN FÍSICO PARA SER GUARDADO EN EL SERVIDOR SIVIGILA." \\172.26.33.40\sivigila2025\250.46.3IEC\1 IEC_SIVIGILA
5	1. OBLIGACIÓN: Realizar apropiación conceptual desde su perfil con los anexos y lineamientos técnicos del convenio PSPIC vigente y suscrito entre el FDS y la Subred. 2. ACTIVIDADES DESARROLLADAS: Se realiza lectura, socialización y apropiación de lineamientos; posterior revisión de precisiones correspondientes a la vigencia actual. 3. PRODUCTO (EVIDENCIA): "SE REALIZA PRODUCTO EN TERRENO Y ES ENTREGADO EN FÍSICO PARA SER GUARDADO EN EL SERVIDOR SIVIGILA." \\172.26.33.40\sivigila2025\250.46.3IEC\1 IEC_SIVIGILA
6	1. OBLIGACIÓN: Cumplir con la meta, actividades y/o productos programados y asignados con la calidad del dato requerida (oportunidad, consistencia, exactitud) desde su perfil técnico y conforme a los anexos y lineamientos técnicos del convenio Interadministrativo PSPIC. 2. ACTIVIDADES DESARROLLADAS: Se cumple con la totalidad de menores encontrados por conglomerado, consistencia y exactitud de esta manera se presentan productos con calidad dando respuesta a los lineamientos técnicos del convenio. 3. PRODUCTO (EVIDENCIA): "SE REALIZA PRODUCTO EN TERRENO Y ES ENTREGADO EN FÍSICO PARA SER GUARDADO EN EL SERVIDOR SIVIGILA." \\172.26.33.40\sivigila2025\250.46.3IEC\1 IEC_SIVIGILA
7	1. OBLIGACIÓN: Realizar con calidad y oportunidad los procesos de captura del dato, revisión y custodia de los formatos, documentos y/o bases de datos y aplicativos, que correspondan a las acciones o intervenciones realizadas de acuerdo a los lineamientos técnicos de los entornos y procesos transversales del convenio Interadministrativo PSPIC. 2. ACTIVIDADES DESARROLLADAS: Se realiza verificación de datos previo a abordaje de cada conglomerado del MRCV con calidad y oportunidad dando respuesta a productos según los lineamientos técnicos del convenio. 3. PRODUCTO (EVIDENCIA): "SE REALIZA PRODUCTO EN TERRENO Y ES ENTREGADO EN FÍSICO PARA SER GUARDADO EN EL SERVIDOR SIVIGILA." \\172.26.33.40\sivigila2025\250.46.3IEC\1 IEC_SIVIGILA
8	1. OBLIGACIÓN: Dar cumplimiento a las actividades de los procesos TRANSVERSALES del PSPIC, de acuerdo a su competencia: CANALIZACIONES, PAI, Educación para la Salud Pública, GESI, ACCVSyE, Notificación de EISP y Participación Social. 2. ACTIVIDADES DESARROLLADAS: Se asiste a reunión de MRCV, se realizan canalizaciones según la necesidad de los menores encontrados en el MRCV. 3. PRODUCTO (EVIDENCIA): https://subredcentroorientemy.sharepoint.com/my?id=%2Fpersonal%2Fepidemiologia%5Fsubredcentroorientemy%5Fgov%5Fco%2FDocuments%2FSIVIGILA%5F2024%2F4%2EPRODUCTOS%5FTRANSMISIBLES%2FCANALIZACIONES%2F01%5FENERO%5F2025&login_hint=epidemiologia%40subredcentroorientemy%2Fgov%2Fco
9	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 interventoría 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 realiza entrega de productos correspondientes al MRCV de las 6 localidades de la subred centro oriente y conglomerado con calidad y oportunidad. 3. PRODUCTO (EVIDENCIA): "SE REALIZA PRODUCTO EN TERRENO Y ES ENTREGADO EN FÍSICO PARA SER GUARDADO EN EL SERVIDOR SIVIGILA." \\172.26.33.40\sivigila2025\250.46.3IEC\1 IEC_SIVIGILA
10	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 realiza apoyo en actividades requeridas por la supervisora del contrato del MRCV. 3. PRODUCTO (EVIDENCIA): "SE REALIZA PRODUCTO EN TERRENO Y ES ENTREGADO EN FÍSICO PARA SER GUARDADO EN EL SERVIDOR SIVIGILA." \\172.26.33.40\sivigila2025\250.46.3IEC\1 IEC_SIVIGILA

V. INFORMACIÓN DE APORTES A SEGURIDAD SOCIAL			
No. DE PLANILLA:	86043828	OPERADOR:	MI PLANILLA
CONCEPTO DEL PAGO	ENTIDAD	FECHA DE PAGO	VALOR PAGADO
SALUD:	SALUD TOTAL	12/05/2025	\$ 178,000
PENSIÓN:	COLPENSIONES	12/05/2025	\$ 227,800
RIESGOS LABORALES:	SURA	12/05/2025	\$ 34,700
OTRO			
TOTAL PAGADO			\$ 440,500
VI. 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.			
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			
<div>ASTRID ZAMBRANO</div> <div>NOMBRE Y FIRMA DEL CONTRATISTA: ASTRID JOHANA ZAMBRANO TORRES</div> <div>CC: 1,013,665,330</div> <div>CEL 3008859098</div>			



SUBREDINTEGRADA 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: 6
FECHA: 2024-09-16

DATOS DEL CONTRATISTA

FECHA DE DILIGENCIAMIENTO: 30/06/2025

NOMBRES Y APELLIDOS:	ASTRID JOHANA ZAMBRANO TORRES	CC:	1,013,665,330
CORREO ELECTRÓNICO:	zambranotorresastrid@gmail.com	RUT (NIT):	1013665330-8
DIRECCIÓN DOMICILIO:	CL 89 SUR 18F 10	TELÉFONO:	3008859098
		CIUDAD:	BOGOTÁ

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 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

SI ()

NO (X)

BANCO AL CUAL CONSIGNAR:	BANCOLOMBIA				
NOMBRE DEL BANCO (APLICA CUANDO EL BANCO NO SE ENCUENTRE EN LA LISTA DESPLIEGABLE)		TIPO DE CUENTA:	AHORROS	Nº CUENTA:	10893694906

NÚMERO DEL CONTRATO Y DATOS DE LA ÚLTIMA ADICIÓN (PERIODO OBJETO DE PAGO)

N° DEL CONTRATO:	PS 4146 2025	N° CDP:	5 - 1147 - 1457	N°. RP:	5829 - 14572 - 16820	PLAZO DEL CONTRATO INCLUIDAS PRORROGAS: SEIS MESES
FECHA DE INICIO CONTRATO	01/01/2025	FECHA DE TERMINACIÓN CONTRATO:		30/06/2025		TOTAL DEL CONTRATO INCLUIDO ADICIONES: \$ 16.577.924
PERIODO OBJETO DE COBRO:	DEL 01/05/2025 AL 31/05/2025					
VALOR A PAGAR CORRESPONDIENTE AL PERIODO OBJETO DE COBRO EN (LETRAS Y NUMEROS)	\$ 1,090,437					
	UN MILLÓN NOVENTA MIL CUATROCIENTOS TREINTA Y SIETE PESOS					

NOMBRE Y FIRMA DEL CONTRATISTA: ASTRID JOHANA ZAMBRANO TORRES

CC: 1,013,665,330

CEL: 3008859098

1.013.665.330

PRESTAR SERVICIOS COMO TECNICO AUXILIAR DE ENFERMERIA 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.

01/01/2025

\$ 14,762,688

\$ 1,090,437

5

SEIS MESES

MI PLANILLA

GSP PSPIC - VSP

6BH CENTRO DE SALUD BELLO HORIZONTE

MARIA CRISTINA DUARTE GARZON
PROFESIONAL ESPECIALIZADO AREA DE LA SALUD CÓDIGO 242 GRADO 29

PRÓRROGA (0)

1

1

22

1

1

1

1

1

1

1

1

1

522

VALOR ADICIONADO		CDP DE LA ADICIÓN:		RP DE LA ADICIÓN:		TIEMPO PRORROGADO:	
III. POLIZAS (SI APLICA)							
Nº DE PÓLIZA:	N/A		NOMBRE DE LA ASEGURADORA:		N/A		
FECHA DE LA PÓLIZA	N/A		ACTO ADMINISTRATIVO DE APROBACIÓN:		N/A		
IV. VERIFICACION DE ACTIVIDADES DESARROLLADAS							
<u>SE VERIFICA QUE HA CUMPLIDO CON LAS ACTIVIDADES ASIGNADAS DURANTE EL MES O PERIODO LABORADO Y SE APRUEBA PARA EL PAGO RESPECTIVO.</u>							
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 01/05/2025 al 31/05/2025							
FIRMA DE QUIEN CONVALIDA EL CUMPLIMIENTO DE LAS OBLIGACIONES PARA EL PRESENTE PERIODO DE PAGO:				 NOMBRE Y FIRMA DEL SUPERVISOR: MARIA CRISTINA DUARTE GARZON CARGO: PROFESIONAL ESPECIALIZADO AREA DE LA SALUD CÓDIGO 242 GRADO 29			
				 NOMBRE Y FIRMA APOYO TECNICO DEL SUPERVISOR: NELCY AYDEE FLOREZ PADILLA PERFIL: PROFESIONAL ESPECIALIZADO 3			

DATOS DEL APORTANTE						
TIPO	NÚMERO	NOMBRE APORTANTE	DIRECCIÓN	TELÉFONO	CORREO	EXONERADO PAGO PARAFISCALES Y SALUD
CC	1013665330	ASTRID JOHANA ZAMBRANO TORRES	calle 89 18 f 10 sur	2009189	zambranotorresastrid@gmail.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 (DÍA/MES/AÑO)	TIPO PLANILLA	FECHA PAGO (DÍA/MES/AÑO)	NÚMERO PLANILLA	CANTIDAD
					EMPLEADOS UPC
					1 0
PERIODO SALUD	PERIODO PENSIONES				TOTAL A PAGAR
2025-04	2025-04	I	12/05/2025	86043828	\$441.500

TOTALES POR SUBSISTEMAS

TOTALES SALUD													
Código EP3	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					
EPS002	Salud Total EPS	800130907-4	178.000	0		0		0	3	400	0	178.400	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	3	500	0	228.300	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										
14-11	ARL SURA	890903790-5	34.700				34.700	3	100	34.800			347	34.800	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	3	0	0	0
ICBF				
0	3	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	178.400
Pensión	1	227.800	228.300
Riesgos Laborales	1	34.700	34.800
CCF	0	0	0
ESAP	0	0	0
ICBF	0	0	0
MEN	0	0	0
SENA	0	0	0
TOTALES	3	440.500	441.500

PLANILLA INTEGRADA DE AUTOLIQUIDACION DE APORTES

PAG 2 de 2

DATOS DEL APORTANTE						
TIPO	NÚMERO	NOMBRE APORTANTE	DIRECCIÓN	TELÉFONO	CORREO	EXONERADO PAGO PARAFISCALES Y SALUD
CC	1013665330	ASTRID JOHANA ZAMBRANO TORRES	calle 89 18 f 10 sur	2009189	zambranotorresastrid@gmail.co m	
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 (DÍAS/MES/AÑO)	TIPO PLANILLA	FECHA PAGO (DÍAS/MES/AÑO)	NÚMERO PLANILLA	CANTIDAD
					EMPLEADOS
PERIODO SALUD	PERIODO PENSIONES				UPC
2025-04	2025-04	I	12/05/2025	86043828	1 0
					TOTAL A PAGAR
					\$441.500

DETALLE POR COTIZANTE

INFORMACIÓN COTIZANTE				INFORMACIÓN NOVEDADES														PENSIÓN						SALUD		RIESGOS LABORALES		CCF			PARAFISCALES								
Id.	Tipo	No. de Identificación	Apellidos y Nombres	Cotizante	Salud	Extranjero	Código exterior	Extranjero	EPS	EPS	EPS	EPS	EPS	EPS	EPS	EPS	EPS	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	Código CCF	IBC CCF	Aporte CCF	IBC otros parafiscales	Aporte SENA	Aporte ICBF	Aporte ESAP	Aporte MEN		
1	CC	1013665330	ZAMBRANO TORRES ASTRID JOHANA	99	0		N											25-14	1.423.500	227.800	0	0	0	0	EPS002	1.423.500	178.000	14-11	1.423.500	3	34.700		0	0	0	0	0	0	0

PAGADA



DAVIVIENDA

BANCO DAVIVIENDA S.A.

CERTIFICA:

Que **JOHN DARIO URREGO LEON**, quien se identifica con **Cédula de ciudadanía No. 79959215** y es titular de la cuenta terminada en ****5779**, realizó el siguiente pago a través de :

Fecha del pago	Valor	Destino	Factura - Referencia	Número de Autorización
10/05/2025	\$ 441.500,00	COMPENSAR- OI	1472975138	72975138

Se expide en Bogotá, el 10-05-2025.

Atentamente,

BANCO DAVIVIENDA S.A.

Banco Davivienda S.A.