	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: 2025-06-09**

CELEBRADO ENTRE LA SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E Y				
AILEEN GISELL ABADIA VALENCIA				
		CON CC: Nº	1,030,601,478	
OBJETO DEL CONTRATO:	PRESTAR SERVICIOS COMO PROFESIONAL UNIVERSITARIO EN PSICOLOGIA 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 3591 2025		**FECHA INICIO CONTRATO**	02/01/2025
VALOR INICIAL DEL CONTRATO	$ 27,678,384	**No. HORAS EJECUTADAS**	184	
VALOR TOTAL DEL CONTRATO INCLUIDO ADICIONES:	$ 38,122,599		**VALOR DE HONORARIOS PERÍODO A CERTIFICAR:**	$ 4,762,104
PLAZO TOTAL DEL CONTRATO INCLUIDO PRORROGAS	7 MESES 29 DIAS			
UNIDAD FUNCIONAL EJECUCIÓN DE ACTIVIDADES:	GSP PSPIC - GPAISP 6PM CENTRO DE SALUD PRIMERA DE MAYO			
NOMBRE DEL SUPERVISOR:	LUZ ADRIANA CASTAÑEDA MONTEALEGRE PROFESIONAL UNIVERSITARIO CÓDIGO 214 GRADO 27			

ITEM	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)**
1	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. 2. ACTIVIDADES DESARROLLADAS: Activacion de rutas, participación de las reuniones del Equipo GEPISP 3. PRODUCTO (EVIDENCIA): Soporte en el drive listado de reunión virtual
2	1. OBLIGACIÓN: Presentar mensualmente el cronograma de actividades a desarrolla 2. ACTIVIDADES DESARROLLADAS: Presentar mensualmente el cronograma y entregar de manera oportuna, para el desarrollo optimo de las actividades propuestaras. 3. PRODUCTO (EVIDENCIA): Cronograma de actividades/ magnéico
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: Participación en asistencias técnicas convicadas desde SDS (CAPACITACIONES, ARTICULACIONES, SEGUIMIENTOS Y CRUCES), diligenciamiento plan de acción, informe mensual, diligenciamiento convenio 1186, indicadores, envío y reporte de informes y bases de a cuerdo a requerimiento 3. PRODUCTO (EVIDENCIA): Actas y listados de asistencia, correos electrónicos
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: Revisión de documentación de la estrategia Más Bienestrar para la población negra/ afrocolombiana, árticulacion con entidades, actores, kilombos, sabedoras, consultivos locales y distrital, asistencias a conversatorios, reuniones con relacion al programa y asistencias técnicas. 3. PRODUCTO (EVIDENCIA): Actas y listados de asistencia, correos electrónicos
5	1. OBLIGACIÓN: Cumplir con la meta, actividades y/o productos programados y asignados con la calidad de datos (integridad, oportunidad, consistencias, exactitud) desde su perfil profesional y experiencia en programas y planes de salud pública y conforme a los lineamientos técnicos de los entornos y procesos transversales del convenio Interadministrativo PSPIC 2. ACTIVIDADES DESARROLLADAS: Se realizan actividades de acuerdo a lo establecido en el cronograma, acciones desde la profesión establecida e el lineamiento suministrado por la SDS. 3. PRODUCTO (EVIDENCIA): Magnético
6	1. OBLIGACIÓN: 6. 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: Realizar lectura de caracterizaciones y censos, realizados a la comunidad negra y afro, lineamiento y apropiandolos, de acuero a lo establecido segun el lineamiento en salud mental, salud sexual y reproductiva, impacto de la alimentación en la salud mental, conocer las posibles violencias y discriminación por pertenencia etnica. 3. PRODUCTO (EVIDENCIA): Actas y listados de asistencia, correos electrónicos
7	1. OBLIGACIÓN: Desarrollar procesos de asistencia técnica desde los diferentes procesos del Plan de Intervenciones Colectivas conforme a su saber disciplinar y profesional, en función de los requerimientos de los entornos y procesos transversales. 2. ACTIVIDADES DESARROLLADAS: Se realizan asesorias integrales y técnicas extramurales e intramurales, de acuerdo a su perfil profesional y de acuerdo a lo establecido en el lineamiento operativo se realizan acciones 3. PRODUCTO (EVIDENCIA): Actas y listados de asistencia, correos electrónicos
8	1. OBLIGACIÓN: Gestionar los espacios comunitarios e institucionales que se requieran, para el desarrollo de las acciones de los Entornos y/o Procesos Transversales del PSPIC. 2. ACTIVIDADES DESARROLLADAS: Se realizan visitas y llamadas a las diferentes instituciones agentes comunitarios y lideres e instituciones pertinentes, kilombos, para concretar las articulaciones de los acercamiento realizados, para avanzar en el desarrollo de las actividades y avance de la estrategia. 3. PRODUCTO (EVIDENCIA): Actas y listados de asistencia, correos electrónicos, llamadas
9	1. OBLIGACIÓN: Notificar los eventos de interés en salud pública detectados en cada una de sus intervenciones. 2. ACTIVIDADES DESARROLLADAS: Reportar los casos hallados en los encuentros de articulación con los lideres comunitarios, población e instituciones. 3. PRODUCTO (EVIDENCIA): Actas y listados de asistencia, correos electrónicos
10	1. OBLIGACIÓN: Organizar el archivo de la documentación generada de acuerdo a la normatividad y tabla de retención documenta 2. ACTIVIDADES DESARROLLADAS: Las actividades desarrolladas son las contempladas en el plan de acción del programa de acuerdo a linemamiento establecido por la SDS. 3. PRODUCTO (EVIDENCIA): Magnético

11	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 realizan fortalecimientos y articulaciones. 3. PRODUCTO (EVIDENCIA): Actas y listados de asistencia, correos electrónicos
12	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: Realizar las acciones desde la calidad humana y profesional dando cumplimiento a lo solicitado por el producto y lineamiento mitigando riesgo de glosas. 3. PRODUCTO (EVIDENCIA): Magnético
13	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: Realizar a cabalidad las acciones solicitadas según el lineamiento 3. PRODUCTO (EVIDENCIA): Magnético

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 01/07/2025 al 31/07/2025

IV. INFORMACIÓN DE APORTES A SEGURIDAD SOCIAL

No. DE PLANILLA:	9488800007	**OPERADOR:**	APORTES EN LINEA

CONCEPTO DEL PAGO	ENTIDAD	FECHA DE PAGO	VALOR PAGADO
SALUD:	SANITAS	10/07/2025	$ 238,200
PENSIÓN:	PROTECCION	10/07/2025	$ 304,800
RIESGOS LABORALES:	SURA	10/07/2025	$ 46,500
OTRO			
TOTAL PAGADO			**$ 589,500**

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 calculó 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 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 fotograficasy/o documentales que soporten las acividades realizadas en el periodo correspondiente

NOMBRE Y FIRMA DEL CONTRATISTA	**AILEEN GISELL ABADIA VALENCIA** **CC: 1030601478**
FIRMA DE QUIEN CONVALIDA EL CUMPLIMIENTO DE LAS OBLIGACIONES PARA EL PRESENTE PERIODO DE PAGO:	**LUZ ADRIANA CASTAÑEDA MONTEALEGRE** **SUPERVISOR DEL CONTRATO**

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 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: 31/07/2025			
NOMBRES Y APELLIDOS:	AILEEN GISELL ABADIA VALENCIA	**CC:**	1,030,601,478
CORREO ELECTRÓNICO:	dra.aileeng.avalencia@gmail.com	**TELÉFONO:**	3213615648
DIRECCIÓN DOMICILIO:	CL 6 SUR 72C 64	**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.	SI ( )	NO (X)

BANCO AL CUAL CONSIGNAR:	BANCOLOMBIA	**TIPO DE CUENTA:**	AHORROS	**N° CUENTA:**	04546489979

DATOS DEL PERIODO OBJETO DE PAGO			
N° DEL CONTRATO:	PS 3591 2025	**VALOR CORRESPONDIENTE AL PERIODO OBJETO DE COBRO**	$ 4,762,104
FECHA DE INICIO CONTRATO	02/01/2025	**FECHA DE TERMINACIÓN CONTRATO:**	31/08/2025
PERIODO OBJETO DE COBRO:	1/07/2025 AL 31/07/2025		

Aileen Abadia V.

NOMBRE Y FIRMA DEL CONTRATISTA: AILEEN GISELL ABADIA VALENCIA
CC: 1,030,601,478
CEL: 3213615648

aportes en línea

Resumen General de Pago

DATOS GENERALES DEL APORTANTE

Identificación	dv	Razon Social	Clase Aportante	Sucursal Principal	Direccion	Ciudad-Departamento	Teléfono	Exonerado SENA e ICBF
CC 1030601478		ABADIA VALENCIA AILEEN GISELL	INDEPENDIENTE	PRINCIPAL	Calle 6 sur #72 c 64	BOGOTA-BOGOTA D.E.	4801464	No

DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION

Periodo		Clave		Tipo	Fecha		Pago		
Pensión	Salud	Pago	Planilla	Planilla	Limite	Pago	Banco	Días Mora	Valor
2025-06	2025-06	1618181052	9488800007	I	2025/07/17	2025/07/10	BANCOLOMBIA	0	$589,500

LIQUIDACION DETALLADA DE APORTES

EMPLEADO					PENSION		SALUD				CCF				RIESGOS				PARAFISCALES		
No.	Identificación	Nombres	Codigo	Días	IBC	Aporte	Codigo	Días	IBC	Aporte	Codigo	Días	IBC	Aporte	Codigo	Días	IBC	Aporte	Días	IBC	Aporte
Sucursal: PRINCIPAL (1 Afiliados)					$1,904,842	$304,800			$1,904,842	$238,200			$0	$0			$1,904,842	$46,500		$0	$0
Centro de Trabajo: PRINCIPAL (1 Afiliados)					$1,904,842	$304,800			$1,904,842	$238,200			$0	$0			$1,904,842	$46,500		$0	$0
Ciudad: BOGOTA Depto: BOGOTA D.E. (1 Afiliados)					$1,904,842	$304,800			$1,904,842	$238,200			$0	$0			$1,904,842	$46,500		$0	$0
1	CC 1030601478	ABADIA AILEEN	230201	30	$1,904,842	$304,800	EPS005	30	$1,904,842	$238,200		0	$0	$0	14-11	30	$1,904,842	$46,500	0	$0	$0
Total	**Afiliados(1)**				$1,904,842	$304,800			$1,904,842	$238,200			$0	$0			$1,904,842	$46,500		$0	$0

2025/07/10 11:20 AM

aportes en línea

Resumen General de Pago

DATOS GENERALES DEL APORTANTE

Identificación	dv	Razon Social	Clase Aportante	Sucursal Principal	Direccion	Ciudad-Departamento	Teléfono	Exonerado SENA e ICBF
CC 1030601478		ABADIA VALENCIA AILEEN GISELL	INDEPENDIENTE	PRINCIPAL	Calle 6 sur #72 c 64	BOGOTA-BOGOTA D.E.	4801464	No

DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION

Periodo		Clave		Tipo	Fecha		Pago		
Pensión	Salud	Pago	Planilla	Planilla	Limite	Pago	Banco	Dias Mora	Valor
2025-06	2025-06	1618181052	9488800007	I	2025/07/17	2025/07/10	BANCOLOMBIA	0	$589,500

RESUMEN DE PAGO

RIESGO	CODIGO	NIT	DV	AFILIADOS	VALOR LIQUIDADO	INTERESES MORA	SALDOS E INCAPACIDADES	VALOR A PAGAR
AFP (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$304,800	$0	$0	$304,800
PROTECCION	230201	800,229,739	0	1	$304,800	$0	$0	$304,800
ARL (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$46,500	$0	$0	$46,500
ARL SURA	14-11	890,903,790	5	1	$46,500	$0	$0	$46,500
EPS (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$238,200	$0	$0	$238,200
SANITAS	EPS005	800,251,440	6	1	$238,200	$0	$0	$238,200
TOTAL				1	$589,500	$0	$0	$589,500

Pagos PSE

El pago fue exitoso

Comercio:	APORTES EN LINEA
No. comprobante:	TR1116351052
CUS:	1618181052
Fecha y hora:	10 Jul 2025 11:18:00
No. de factura:	9488800007
Descripción pago:	Pago de la Planilla de aportes con clave: 9488800007
Referencia 1:	181.140.215.178
Referencia 2:	CC
Referencia 3:	1030601478
Total Pagado:	$ 589.500 COP
Costo transacción:	$ 0 COP
Producto origen:	Cuenta de ahorros **** 9979