| | | |
|---|---|---|
| | **SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E**<br>**APOYO – GESTION DE CONTRATACIÓN**<br>**FORMATO INFORME DE EJECUCIÓN DE ACTIVIDADES DEL CONTRATO DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS Y DE APOYO A LA GESTIÓN** | **CÓDIGO: AP-IA-FT-077**<br>**VERSIÓN: 2**<br>**FECHA: 2025-06-09** |

| | | | |
|---|---|---|---|
| **CELEBRADO ENTRE LA SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E Y** | | | |
| **LEIDY CAROLINA BERNAL SANCHEZ** | | | |
| | **CON CC: Nº** | 1,023,893,122 | |
| **OBJETO DEL CONTRATO:** | PRESTAR SERVICIOS COMO PROFESIONAL UNIVERSITARIO EN 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 3589 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<br>6PM CENTRO DE SALUD PRIMERA DE MAYO | | |
| **NOMBRE DEL SUPERVISOR:** | LUZ ADRIANA CASTAÑEDA MONTEALEGRE<br>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<br>(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<br>2. ACTIVIDADES DESARROLLADAS: El cronograma se realiza teniendo en cuenta las acciones a desarrollar durante el mes, las cuales son direccionadas por la SDS<br>3. PRODUCTO (EVIDENCIA): Medio magnetico |
| 2 | 1. OBLIGACIÓN: Presentar mensualmente el cronograma de actividades a desarrollar<br>2. ACTIVIDADES DESARROLLADAS: Las actividades se desarrollan de acuerdo a lo propuesto en el linemiento tecnico emenado por la SDS.<br>3. PRODUCTO (EVIDENCIA): Medio magnetico |
| 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<br>2. ACTIVIDADES DESARROLLADAS: Se hace revisiòn de los lineamientos y caja de herramientas del programa de Tb y hansen<br>3. PRODUCTO (EVIDENCIA): Medio magnetico |
| 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<br>2. ACTIVIDADES DESARROLLADAS: Cada una de las acciones realizadas se registran en los formatos establecidos por la SDS y por la subred centro oriente.<br>3. PRODUCTO (EVIDENCIA): Medio magnetico |
| 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<br>2. ACTIVIDADES DESARROLLADAS: Se elaboran informes de acuerdo a lo establecido por la SDS y se entregan en los tiempos establecios para tal fin<br>3. PRODUCTO (EVIDENCIA): Medio magnetico |
| 6 | 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.<br>2. ACTIVIDADES DESARROLLADAS: Realizar lectura del lineamiento y aporpiarlo de acuero a lo establecido<br>3. PRODUCTO (EVIDENCIA): Medio magnetico |
| 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.<br>2. ACTIVIDADES DESARROLLADAS: Realizar asistencias tecnicas a las ips publicas y privadas segun requerimiento<br>3. PRODUCTO (EVIDENCIA): Medio magnetico y fisico |
| 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<br>2. ACTIVIDADES DESARROLLADAS: Realizar la apertura de espacios opara reuniones y asistencias tecnicas<br>3. PRODUCTO (EVIDENCIA): Medio magnetico |
| 9 | 1. OBLIGACIÓN: Notificar los eventos de interés en salud pública detectados en cada una de sus intervenciones<br>2. ACTIVIDADES DESARROLLADAS: Reportar los casos hallados en las visitas a las ips<br>3. PRODUCTO (EVIDENCIA): Medio magnetico y fisico |
| 10 | 1. OBLIGACIÓN: Organizar el archivo de la documentación generada de acuerdo a la normatividad y tabla de retención documental<br>2. ACTIVIDADES DESARROLLADAS: Las actividades desarrolladas son las contempladas en el plan de acción del programa de acuerdo a linemamiento establecido por la SDS.<br>3. PRODUCTO (EVIDENCIA): Medio magnetico |
| 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<br>2. ACTIVIDADES DESARROLLADAS: Realizar canalizaciones segun y eventos en salud publica<br>3. PRODUCTO (EVIDENCIA): Medio magnetico |

| | |
|---|---|
| 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<br>2. ACTIVIDADES DESARROLLADAS: Realizar las acciones con criterio de calidad para evitar glosas de los procesos a realizar<br>3. PRODUCTO (EVIDENCIA): Medio magnetico |
| 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<br>2. ACTIVIDADES DESARROLLADAS: Realizar a cabalidad las acciones solicitadas segun el lineamiento<br>3. PRODUCTO (EVIDENCIA): Medio magnetico |

## 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:** | 9487982554 | **OPERADOR:** | APORTES EN LINEA |

| CONCEPTO DEL PAGO | ENTIDAD | FECHA DE PAGO | VALOR PAGADO |
|---|---|---|---|
| SALUD: | NUEVA EPS | 03/07/2025 | $ 238,200 |
| PENSIÓN: | COLPENSIONES | 03/07/2025 | $ 304,800 |
| RIESGOS LABORALES: | BOLIVAR | 03/07/2025 | $ 46,500 |
| OTRO | CCF COMPENSAR | 03/07/2025 | $ 11,500 |
| | **TOTAL PAGADO** | | **$ 601,000** |

## 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** | **LEIDY CAROLINA BERNAL SANCHEZ**<br>**CC: 1023893122** |
| **FIRMA DE QUIEN CONVALIDA EL CUMPLIMIENTO DE LAS OBLIGACIONES PARA EL PRESENTE PERIODO DE PAGO:** | **LUZ ADRIANA CASTAÑEDA MONTEALEGRE**<br>**SUPERVISOR DEL CONTRATO** |

| | | |
|---|---|---|
| | **SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E**<br>**APOYO – GESTION DE CONTRATACIÓN**<br>**FORMATO CUENTA DE COBRO CONTRATO DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS Y DE APOYO A LA GESTIÓN** | **CÓDIGO: AP-IA-FT-014**<br>**VERSIÓN: 7**<br>**FECHA: 2025-06-09** |

| **DATOS DEL CONTRATISTA** | | | |
|---|---|---|---|
| **FECHA DE DILIGENCIAMIENTO: 31/07/2025** | | | |
| **NOMBRES Y APELLIDOS:** | LEIDY CAROLINA BERNAL SANCHEZ | **CC:** | 1,023,893,122 |
| **CORREO ELECTRÓNICO:** | lakaro0505@gmail.com | **TELÉFONO:** | 3177750829 |
| **DIRECCIÓN DOMICILIO:** | CL 7 SUR 6 54 TO 2 AP 210 | **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:** | BANCO DAVIVIENDA | **TIPO DE CUENTA:** | AHORROS | **N° CUENTA:** | 004870414341 |

| **DATOS DEL PERIODO OBJETO DE PAGO** | | | |
|---|---|---|---|
| **N° DEL CONTRATO:** | PS 3589 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 | | |

**NOMBRE Y FIRMA DEL CONTRATISTA: LEIDY CAROLINA BERNAL SANCHEZ**
**CC: 1,023,893,122**
**CEL: 3177750829**

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 1023893122 | | BERNAL SANCHEZ LEIDY CAROLINA | INDEPENDIENTE | PRINCIPAL | CLL 22ASUR 2-39 TORRE1 APT516 | BOGOTA-BOGOTA D.E. | 5555555 | Si |

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 | 9487982554 | 9487982554 | I | 2025/07/07 | 2025/07/03 | BANCO DE BOGOTA | 0 | $601,000 |

**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) | | | | | $1,904,900 | $304,800 | | | $1,904,900 | $238,200 | | | $1,904,900 | $11,500 | | | $1,904,900 | $46,500 | | $0 | $0 |
| **Centro de Trabajo: PRINCIPAL ( 1 Afiliados)** | | | | | **$1,904,900** | **$304,800** | | | **$1,904,900** | **$238,200** | | | **$1,904,900** | **$11,500** | | | **$1,904,900** | **$46,500** | | **$0** | **$0** |
| Ciudad: BOGOTA Depto: BOGOTA D.E. ( 1 Afiliados) | | | | | **$1,904,900** | **$304,800** | | | **$1,904,900** | **$238,200** | | | **$1,904,900** | **$11,500** | | | **$1,904,900** | **$46,500** | | **$0** | **$0** |
| 1 | CC 1023893122 | BERNAL LEIDY | 25-14 | 30 | $1,904,900 | $304,800 | EPS037 | 30 | $1,904,900 | $238,200 | CCF24 | 30 | $1,904,900 | $11,500 | 14-7 | 30 | $1,904,900 | $46,500 | 30 | $0 | $0 |
| **Total** | **Afiliados( 1)** | | | | **$1,904,900** | **$304,800** | | | **$1,904,900** | **$238,200** | | | **$1,904,900** | **$11,500** | | | **$1,904,900** | **$46,500** | | **$0** | **$0** |

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 1023893122 | | BERNAL SANCHEZ LEIDY CAROLINA | INDEPENDIENTE | PRINCIPAL | CLL 22ASUR 2-39 TORRE1 APT516 | BOGOTA-BOGOTA D.E. | 5555555 | Si |

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 | 9487982554 | 9487982554 | I | 2025/07/07 | 2025/07/03 | BANCO DE BOGOTA | 0 | $601,000 |

**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 |
| COLPENSIONES | 25-14 | 900,336,004 | 7 | 1 | $304,800 | $0 | $0 | $304,800 |
| ARL (ADMINISTRADORAS: 1) | | | | 1 | $46,500 | $0 | $0 | $46,500 |
| SEGUROS BOLIVAR | 14-7 | 860,002,503 | 2 | 1 | $46,500 | $0 | $0 | $46,500 |
| CCF (ADMINISTRADORAS: 1) | | | | 1 | $11,500 | $0 | $0 | $11,500 |
| COMPENSAR | CCF24 | 860,066,942 | 7 | 1 | $11,500 | $0 | $0 | $11,500 |
| EPS (ADMINISTRADORAS: 1) | | | | 1 | $238,200 | $0 | $0 | $238,200 |
| NUEVA E.P.S. | EPS037 | 900,156,264 | 2 | 1 | $238,200 | $0 | $0 | $238,200 |
| TOTAL | | | | 1 | $601,000 | $0 | $0 | $601,000 |

Scanned with CamScanner

**Banco de Bogotá**

NIT. 860.002.964-4

## *Comprobante de Recaudos*

ESPACIO PARA EL TIMBRE

Esta transacción esta sujeta a verificación posterior, El(los) cheque(s) depositado(s) se reciben "Salvo buen cobro" de manera que la operación solo se entiende efectiva si el (los) cheque(s) son pagado(s) por el (los) banco(s) librados. En caso de que el(los) cheque(s) sean devuelto(s) sin pago, esta operación se reservará y el (los) titulo(s) se entregará(n) por parte del Banco al titular de la cuenta en la que se deposita (ron). En consecuencia, el comprobante de pago que se entrega al depositario timbrado por el Banco, no implica constancia de pago respecto a las sumas no consignadas en efectivo.

El pago con tarjeta débito/Crédito aplica únicamente para convenios de empresas autorizadas. En caso de inconveniente comuníquese con la entidad emisora de su tarjeta.

Banco de Bogota - RECAUDO PILA
2060 B0002602 ****7122 T161
FTx03/07/25 09:44H.N0026 Santuario
202506 84 Aportes en linea
PLANILLA No.00000948798254
Identificacion1023893122
VALOR PLANILLA:601,000.00
Cargo Cuenta No.
Valor Efectivo:601,000.00

VALOR $ _____

**Verifique que la información impresa en este formato sea correcta**

21303332 (CRE_FOR_005 V1 21/01/2016)