**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**

**MARIA ANGELICA PINZON RODRIGUEZ**

| | |
|---|---|
| **CON CC: N°** | 53,081,260 |
| **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 360 2025 | **FECHA INICIO CONTRATO** | 01/01/2025 |
| **VALOR INICIAL DEL CONTRATO** | $ 27,678,384 | **No. HORAS EJECUTADAS** | 184 |
| **VALOR TOTAL DEL CONTRATO INCLUIDO ADICIONES:** | $ 38,122,599 | **VALOR DE HONORARIOS PERIODO A CERTIFICAR:** | $ 4,762,104 |
| **PLAZO TOTAL DEL CONTRATO INCLUIDO PRORROGAS** | 7 MESES 30 DIAS | | |
| **UNIDAD FUNCIONAL EJECUCIÓN DE ACTIVIDADES:** | GSP PSPIC - INSTITUCIONAL<br>2LV HOSPITAL LA VICTORIA | | |
| **NOMBRE DEL SUPERVISOR:** | LIDA ESPERANZA MONTENEGRO PARRA<br>PROFESIONAL ESPECIALIZADO ÁREA DE LA SALUD CÓDIGO 242 GRADO 30 | | |

| 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: Actas de gestión de las actividades a desarrollar con respecto a los lineamientos enviado desde nivel central para el programa.<br>3. PRODUCTO (EVIDENCIA): Medio Magnético |
| 2 | 1. OBLIGACIÓN: Presentar mensualmente el cronograma de actividades a desarrollar.<br>2. ACTIVIDADES DESARROLLADAS: Cronograma de actividades a desarrollar proyectado para el mes.<br>3. PRODUCTO (EVIDENCIA): Medio Magnético |
| 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: Actas de gestión de las actividades a desarrollar con respecto a los lineamientos enviado desde nivel central para el programa.<br>3. PRODUCTO (EVIDENCIA): Medio Magnético |
| 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: N/A<br>3. PRODUCTO (EVIDENCIA): N/A |
| 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: Actas de gestión de las actividades a desarrollar con respecto a los lineamientos enviado desde nivel central para el programa.<br>3. PRODUCTO (EVIDENCIA): Medio Magnético |
| 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: No aplica para el mes<br>3. PRODUCTO (EVIDENCIA): Medio Magnético |
| 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 técnicas a las IPS y a los entornos sobre los diferentes temas en CCNT, relacionadas a las acciones desarrolladas por cada uno de estos conforme a los lineamientos y necesidades referidas.<br>3. PRODUCTO (EVIDENCIA): Medio Magnético |
| 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: Se participó en la mesa de salud oral, mesa de canalizaciones, COVE SISVESO<br>3. PRODUCTO (EVIDENCIA): Medio Magnético |
| 9 | 1. OBLIGACIÓN: Notificar los eventos de interés en salud pública detectados en cada una de sus intervenciones.<br>2. ACTIVIDADES DESARROLLADAS: No se notificaron eventos para el evento<br>3. PRODUCTO (EVIDENCIA): Medio Magnético |
| 10 | 1. OBLIGACIÓN: Organizar el archivo de la documentación generada de acuerdo a la normatividad y tabla de retención documental.<br>2. ACTIVIDADES DESARROLLADAS: Soportes cargados en DRIVE de SDS<br>3. PRODUCTO (EVIDENCIA): Medio 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 Pública, GESI, ACCVSyE, Notificación de EISP y Participación Social.<br>2. ACTIVIDADES DESARROLLADAS: Actas de gestión de las actividades a desarrollar con respecto a los lineamientos enviado desde nivel central para el programa.<br>3. PRODUCTO (EVIDENCIA): Medio Magnético |
| 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: Soportes documentales de las acciones realizadas.<br>3. PRODUCTO (EVIDENCIA): Medio 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.<br>2. ACTIVIDADES DESARROLLADAS: Soportes documentales de las acciones realizadas.<br>3. PRODUCTO (EVIDENCIA): Medio 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: | 1074072958 | OPERADOR: | SIMPLE |
|---|---|---|---|
| CONCEPTO DEL PAGO | ENTIDAD | FECHA DE PAGO | VALOR PAGADO |
| SALUD: | SALUD TOTAL | 10/07/2025 | $ 304,800 |
| PENSIÓN: | COLFONDOS | 10/07/2025 | $ 238,200 |
| RIESGOS LABORALES: | BOLIVAR | 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 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 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 cargué 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 fotograficas y/o documentales que soporten las actividades realizadas en el periodo correspondiente

| | |
|---|---|
| NOMBRE Y FIRMA DEL CONTRATISTA | MARIA ANGELICA PINZON RODRIGUEZ<br>CC: 53081260 |
| FIRMA DE QUIEN VALIDA | LUZ ADRIANA CALDERON RAMIREZ<br>SUPERVISOR ALTERNO |
| FIRMA DE QUIEN CONVALIDA EL CUMPLIMIENTO DE LAS OBLIGACIONES PARA EL PRESENTE PERIODO DE PAGO: | LIDA ESPERANZA MONTENEGRO PARRA<br>SUPERVISOR DEL CONTRATO |

| | | |
|---|---|---|
| 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**<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:** | MARIA ANGELICA PINZON RODRIGUEZ | **CC:** | 53,081,260 |
| **CORREO ELECTRÓNICO:** | sweetangel632@hotmail.com | **TELÉFONO:** | 3177868737 |
| **DIRECCIÓN DOMICILIO:** | CL 83 85A28 | **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 BBVA | **TIPO DE CUENTA:** | AHORROS | **Nº CUENTA:** | 037119484 |

**DATOS DEL PERIODO OBJETO DE PAGO**

| | | | |
|---|---|---|---|
| **Nº DEL CONTRATO:** | PS 3606 2025 | **VALOR CORRESPONDIENTE AL PERIODO OBJETO DE COBRO** | $ 4,762,104 |
| **FECHA DE INICIO CONTRATO:** | 01/01/2025 | **FECHA DE TERMINACIÓN CONTRATO:** | 31/08/2025 |
| **PERIODO OBJETO DE COBRO:** | 1/07/2025 | AL | 31/07/2025 |

**NOMBRE Y FIRMA DEL CONTRATISTA: MARIA ANGELICA PINZON RODRIGUEZ**
**CC:** 53,081,260
**CEL:** 3177868737

Simple

# PAGOSIMPLE | AUTOLIQUIDACIÓN CONSOLIDADA

Fecha creación reporte: 2025-07-10, 08:37:45 PM  Tipo Planilla: I: PLANILLA INDEPENDIENTES  Número Planilla: 1074072958

Periodo Cotización: junio de 2025  Periodo Servicio: junio de 2025

**PAGADO 10/07/2025 EN HORARIO EXTENDIDO**

## I. DATOS DEL APORTANTE

| | | | |
|---|---|---|---|
| Razón Social | MARIA ANGELICA PINZON RODRIGUEZ | | |
| Documento | CC53081260 | Dirección | CALLE 83 85A 28 |
| Tipo de Empresa | INDEPENDIENTE | Teléfono | 3177868737 |
| Tipo Persona | NATURAL | Forma Presentación | ÚNICO |
| Ciudad | BOGOTA D.C. | Departamento | BOGOTA,D.C. |
| Representante Legal | | Identificación | |
| Total Afiliados | 1 | ARP | SEGUROS BOLIVAR |

## II. DETALLE DEL APORTANTE

| Datos del Afiliado | | | | Novedades | | | | | | | | | | | | | | | | | | Pensiones | | | Salud | | | Riesgos | | | Cajas | | | Parafiscales | | | | | Total |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| Identificación | Apellidos y Nombres | Tipo Cotizante | Subtipo Cotizante | IRP | RET | RET P | TDE | TDP | TAE | TDP | VSP | CDP | VST | SLN | IGE | LMA | VAC | AVP | VST | IRP | Días APF | Días EPS | Días ARP | Días CCF | Administradora | IBC Pensión | Aporte Pensión | Administradora | IBC Salud | Aporte Salud | Tarifa | IBC Riesgos | Aporte Riesgos | Administradora | IBC Caja | Aporte Caja | Aporte SENA | Aporte ICBF | ESAP | Aporte Mineducación | Total |
| CC 53081260 | MARIA ANGELICA PINZON RODRIGUEZ | 59 | 00 | | | | | | | | | | | | | | | | | 0 | 30 | 30 | 30 | 0 | (31001) COLFONDOS | $ 1,904,842 | $ 304,800 | (EPS002) SALUD TOTAL EPS | $ 1,904,842 | $ 238,200 | 2,436 | $ 1,904,842 | $ 46,500 | (NIN-CC) NINGUNA CCF | | $ 0 | $ 0 | | $ 0 | $ 0 | $ 0 | $ 589,500 |

## III. TOTALES

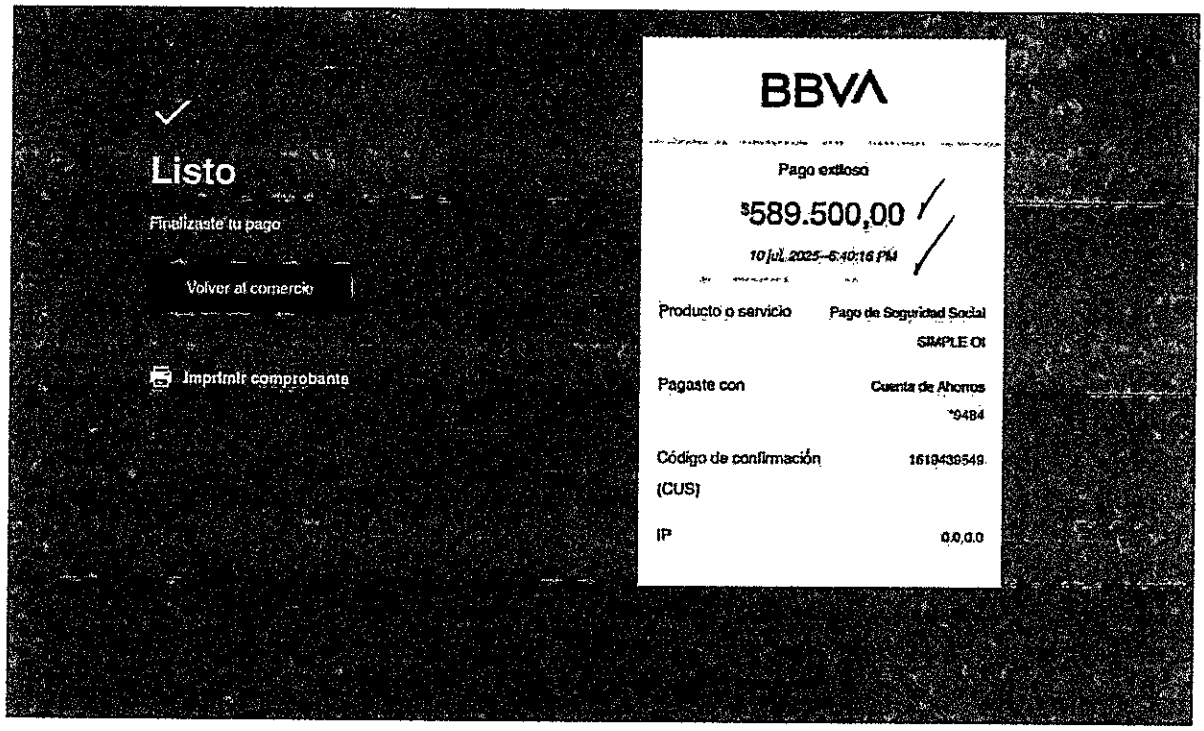
| IBC Pensión | IBC Salud | IBC Riesgos | IBC Caja | Aportes Pensión | Aportes Salud | Aportes Riesgos | Aportes Caja | Aportes Sena | Aportes ICBF | Aportes ESAP | Aportes Mineducación | (Incapacidades, Licencias, Saldos a Favor) EPS | Incapacidades ARP | SUBTOTAL SIN INTERESES DE MORA | TOTAL INTERESES DE MORA | TOTAL FINAL |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| $ 1,904,842 | $ 1,904,842 | $ 1,904,842 | $ 0 | $ 304,800 | $ 238,200 | $ 46,500 | $ 0 | $ 0 | $ 0 | $ 0 | $ 0 | $ 0 | $ 0 | $ 589,500 | $ 0 | $ 589,500 |



Líneas de Servicio FonoSIMPLE: Bogotá 601 4446634 - Cali: 602 5540577 - Medellín: 604 5146669 - Bucaramanga: 607 6438000 - Cartagena: 605 6945444 - Pereira: 606 3402582 - Barranquilla: 605 3618850 - Resto del País: 018000 971 971 - ¡Más que Fácil, SIMPLE!

Antes de imprimir, asegúrese que sea realmente necesario. Proteger el medio ambiente está en nuestras manos.

¡El Poder de lo SIMPLE!


Listo
Finalizaste tu pago
Volver al comercio
Imprimir comprobante
BBVA
Pago exitoso
$589.500,00
10 jul. 2025 - 6:40:16 PM
Producto o servicio
Pago de Seguridad Social SIMPLE 01
Pagaste con
Cuenta de Ahorros *9484
Código de confirmación (CUS)
1619439549
IP
0.0.0.0