| | | |
|---|---|---|
| | **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** | | | |
| **HERNAN ALBERTO ACOSTA SILVA** | | | |
| | **CON CC: Nº** | 11,251,682 | |
| **OBJETO DEL CONTRATO:** | PRESTAR SERVICIOS COMO GESTOR COMUNITARIO O AGENTE DE CAMBIO 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 3338 2025 | **FECHA INICIO CONTRATO** | 02/01/2025 |
| **VALOR INICIAL DEL CONTRATO** | $ 9,226,128 | **No. HORAS EJECUTADAS** | 52 |
| **VALOR TOTAL DEL CONTRATO INCLUIDO ADICIONES:** | $ 15,347,387 | **VALOR DE HONORARIOS PERÍODO A CERTIFICAR:** | $ 448,604 |
| **PLAZO TOTAL DEL CONTRATO INCLUIDO PRORROGAS** | 7 MESES 29 DIAS | | |
| **UNIDAD FUNCIONAL EJECUCIÓN DE ACTIVIDADES:** | GSP PSPIC - COMUNITARIO<br>SA2 SEDE ADMINISTRATIVA SAN JOSE OBRERO | | |
| **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: Dar Información y asesoria por medio de herramientas tecnologicas de comunicación y presenciales a grupos incluidas en la estrategia de Red de cuidado colectivo de la RBC para poblacion con discapacidad y/o afectaciones psicosociales<br>3. PRODUCTO (EVIDENCIA): Actas, matrices, Diario de campo, planes de accion, formato de acciones colectivas e informes. |
| 2 | 1. OBLIGACIÓN: Presentar mensualmente el cronograma de actividades a desarrollar<br>2. ACTIVIDADES DESARROLLADAS: Realizacion y entrega de cronograma mes<br>3. PRODUCTO (EVIDENCIA): Cronograma en drive |
| 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: Dar Información y asesoria por medio de herramientas tecnologicas de comunicación y presenciales a grupos incluidas en la estrategia de Red de cuidado colectivo de la RBC para poblacion con discapacidad y/o afectaciones psicosociales<br>3. PRODUCTO (EVIDENCIA): Actas, matrices, Diario de campo, planes de accion, formato de acciones colectivas e informes. |
| 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: Brindar Información, asesoria y seguimiento a grupos incluidas en la estrategia de Red de cuidado colectivo de la RBC para poblacion con discapacidad y/o afectaciones psicosociales<br>3. PRODUCTO (EVIDENCIA): Actas, matrices, Diario de campo, planes de accion, formato de acciones colectivas e informes. |
| 5 | 1. OBLIGACIÓN: Realizar la identificación y enganche de la población que se encuentren en el contexto donde desarrolla sus actividades, de acuerdo a los lineamientos técnicos de los entornos y procesos transversales del convenio Interadministrativo PSPIC<br>2. ACTIVIDADES DESARROLLADAS: Realizar acercamiento a lideres y referentes comunitarios para la conformacion y realizacion de fortalecimiento de los grupos de RBC tanto en soporte socioemocional u tra actividad tanto grupal cono individual de la estrategia.<br>3. PRODUCTO (EVIDENCIA): Actas, matrices, Diario de campo, planes de accion, formato de acciones colectivas e informes. |
| 6 | 1. OBLIGACIÓN: Organizar el archivo de la documentación generada de acuerdo a la normatividad y tabla de retención documental<br>2. ACTIVIDADES DESARROLLADAS: Realizacion de jornada de revision y ajuste en soportes entregados para la verificacion de la calidad, integridad y oportunidad del producto a auditar.<br>3. PRODUCTO (EVIDENCIA): Actas, matrices, Diario de campo, planes de accion, formato de acciones colectivas e informes. |
| 7 | 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 acciones en la estrategia RBC Red de cuidado colectivo de la RBC para poblacion con discapacidad y/o afectaciones psicosociales dentro del entorno comunitario<br>3. PRODUCTO (EVIDENCIA): Actas, matrices, Diario de campo, planes de accion, formato de acciones colectivas e informes. |
| 8 | 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 interventoria 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: Realizacion de jornada de revision y ajuste en soportes entregados para la verificacion de la calidad, integridad y oportunidad del producto a auditar.<br>3. PRODUCTO (EVIDENCIA): Actas de entrega de productos |
| 9 | 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 acciones en la estrategia de soporte social RBC Red de cuidado colectivo de la RBC para poblacion con discapacidad y/o afectaciones psicosociales dentro del entorno comunitario<br>3. PRODUCTO (EVIDENCIA): Actas, matrices, Diario de campo, planes de accion, formato de acciones colectivas e informes. |

**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 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 01/06/2025 al 30/06/2025

## IV. INFORMACIÓN DE APORTES A SEGURIDAD SOCIAL

| | | | |
|---|---|---|---|
| **No. DE PLANILLA:** | 1072595271 | **OPERADOR:** | SIMPLE |

| CONCEPTO DEL PAGO | ENTIDAD | FECHA DE PAGO | VALOR PAGADO |
|---|---|---|---|
| **SALUD:** | FAMISANAR | 11/06/2025 | $ 178,000 |
| **PENSIÓN:** | PORVENIR | 11/06/2025 | $ 227,800 |
| **RIESGOS LABORALES:** | BOLIVAR | 11/06/2025 | $ 34,700 |
| **OTRO** | | | |
| **TOTAL PAGADO** | | | **$ 440,500** |

## 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 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** | **HERNAN ALBERTO ACOSTA SILVA**<br>**CC: 11251682** |
| **FIRMA DE QUIEN VALIDA** | **CLAUDIA IRENE SEGURA VERA**<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** |

| | | |
|---|---|---|
| | **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:** | HERNAN ALBERTO ACOSTA SILVA | **CC:** | 11,251,682 |
| **CORREO ELECTRÓNICO:** | ashaacosta4@gmail.com | **TELÉFONO:** | 3114645374 |
| **DIRECCIÓN DOMICILIO:** | KR 31 43A 41 SUR | **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:** | 002100124482 |

| **DATOS DEL PERIODO OBJETO DE PAGO** | | | |
|---|---|---|---|
| **N° DEL CONTRATO:** | PS 3338 2025 | **VALOR CORRESPONDIENTE AL PERIODO OBJETO DE COBRO** | $ 448,604 |
| **FECHA DE INICIO CONTRATO** | 02/01/2025 | **FECHA DE TERMINACIÓN CONTRATO:** | 31/08/2025 |
| **PERIODO OBJETO DE COBRO:** | 1/06/2025 AL 30/06/2025 | | |

Hernan Acosta S

**NOMBRE Y FIRMA DEL CONTRATISTA: HERNAN ALBERTO ACOSTA SILVA**
**CC: 11,251,682**
**CEL: 3114645374**

# PAGOSIMPLE | AUTOLIQUIDACION CONSOLIDADA

**Fecha creación reporte:** 2025-06-11, 01:40:15 PM **Tipo Planilla:** I: PLANILLA INDEPENDIENTES **Numéro Planilla:** 1072595271

**Periodo Cotización:** mayo de 2025 **Periodo Servicio:** mayo de 2025 **Referencia pago (PIN):** 8822902355

**PAGADO 11/06/2025**

## I. DATOS DEL APORTANTE

| | | | |
|---|---|---|---|
| **Razón Social** | HERNAN ALBERTO ACOSTA SILVA | | |
| **Documento** | CC11251682 | **Dirección** | CR 31 #43 - 61 SUR |
| **Tipo de Empresa** | INDEPENDIENTE | **Teléfono** | 3114645374 |
| **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 | ING | RET | RET P | TDE | TAE | TDP | TAP | VSP | COR | VST | SLN | IGE | LMA | VAC | AVP | VCT | IRP | Días AFP | 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 Ministerio | Total |
| CC 11251682 | HERNAN ALBERTO ACOSTA SILVA | 59 | 00 | | | | | | | | | | | | | | | | 0 | | 30 | 30 | 30 | 0 | (230301) PORVENIR | $ 1.423.500 | $ 227.800 | (EPS017) FAMISANAR EPS | $ 1.423.500 | $ 178.000 | 2,436 | $ 1.423.500 | $ 34.700 | (NIN-CC) NINGUNA CCF | $ 0 | $ 0 | $ 0 | $ 0 | $ 0 | $ 0 | $ 440.500 |

## III.TOTALES

| IBC Pensión | IBC Salud | IBC Riesgos | IBC Cajas | Aportes Pensión | Aportes Salud | Aportes Riesgos | Aportes Cajas | Aportes Sena | Aportes ICBF | Aportes ESAP | Aportes Min Educación | (Incapacidades, Licencias, Saldos a Favor) EPS | Incapacidades ARP | SUBTOTAL SIN INTERESES DE MORA | TOTAL INTERESES DE MORA | TOTAL FINAL |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| $ 1.423.500 | $ 1.423.500 | $ 1.423.500 | $ 0 | $ 227.800 | $ 178.000 | $ 34.700 | $ 0 | $ 0 | $ 0 | $ 0 | $ 0 | $ 0 | $ 0 | $ 440.500 | $ 0 | $ 440.500 |



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!

¡El Poder de lo SIMPLE!

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

TRANSACCION EXITOSA.

**CORRESPONSAL BANCARIO SCOTIABANK COLPATRIA Puntored no te cobra por esta transacción Pago de facturas**

Fecha
**2025-06-11**

Hora
**13:14:55**

ID transaccion
**1190384370**

Trace
**6cf20f4b4fbf**

Numero de autorización
**435197**

Comercio
**504681**

Terminal
**362162**

Usuario de Venta
**252228**

Operacion
**Recaudo**

Convenio
**PLANILLA SIMPLE**

Cod. Convenio
**0408**

Referencia 1
**8822902355**

Banco
**COLPATRIA**

Valor
**$440,500**

Costo de transacion
**$0**

Total
**$440,500**

Transacción procesada por
puntored

Entidad Financiera responsable