

SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E
APOYO – GESTIÓN 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

EDNA LORENA QUIROGA CORTES

CON CC: N°

1,023,974,218

OBJETO DEL CONTRATO:

PRESTAR SERVICIOS COMO TECNOLOGO EN CONTROL DE CALIDAD DE ALIMENTOS 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 3970 2025

FECHA INICIO CONTRATO

01/01/2025

VALOR INICIAL DEL CONTRATO

\$ 15,684,528

No. HORAS
EJECUTADAS

32

VALOR TOTAL DEL CONTRATO
INCLUIDO ADICIONES:

\$ 22,130,934

VALOR DE HONORARIOS PERÍODO A
CERTIFICAR:

\$ 469,312

PLAZO TOTAL DEL CONTRATO
INCLUIDO PRORROGAS

7 MESES 30 DIAS

UNIDAD FUNCIONAL EJECUCIÓN DE ACTIVIDADES:

GSP PSPIC - VSA
6PM CENTRO DE SALUD PRIMERA DE MAYO

NOMBRE DEL SUPERVISOR:

LIDA ESPERANZA MONTENEGRO PARRA
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
(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: Se desarrollaron visitas de inspección, vigilancia y control de perfil técnico en las localidades
3. PRODUCTO (EVIDENCIA): Se desarrollaron visitas de inspección, vigilancia y control de perfil técnico en las localidades

2

1. OBLIGACIÓN: Presentar mensualmente el cronograma de actividades a desarrollar.
2. ACTIVIDADES DESARROLLADAS: Las actividades desarrolladas se programan de acuerdo al censo establecido y direccionado por la Secretaría Distrital de Salud, alimentado de manera diaria y de acuerdo a los establecido por el líder de línea.
3. PRODUCTO (EVIDENCIA): Censo establecido y direccionado por Secretaria Distrital de Salud.

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: Se desarrollaron visitas de inspección, vigilancia y control de perfil técnico en las localidades asignadas y de la línea respectiva. ☐
3. PRODUCTO (EVIDENCIA): Formato físicos de IVC en archivo central del área VSA y registro de los mismos en el aplicativo SIVIGILA DC para el mes certificado. ☐

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: Entrega con la calidad esperada de visitas de inspección, vigilancia y control de perfil técnico en las localidades asignadas. ☐
3. PRODUCTO (EVIDENCIA): Formato físicos de IVC en archivo central del área VSA y registro de los mismos en el aplicativo SIVIGILA DC para el mes certificado. ☐

5

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 proceso de la Vigilancia de la Salud ambiental VSA del convenio Interadministrativo PSPIC.
2. ACTIVIDADES DESARROLLADAS: Apropriación conceptual de los lineamientos técnicos enviados desde nivel central de la SDS y reinducciones direccionadas desde la línea de intervención. ☐
3. PRODUCTO (EVIDENCIA): Acta en poder de la líder de la línea de alimentos sanos y seguros de las localidades ☐

6

1. OBLIGACIÓN: Desarrollar los procesos descritos en los lineamientos técnicos relacionados con la Vigilancia de la Salud ambiental VSA del convenio Interadministrativo PSPIC, según las competencias de la autoridad sanitaria verificando la normatividad sanitaria y garantizando la prevención y control de los diferentes factores de riesgo que puedan poner en peligro a la salud pública.
2. ACTIVIDADES DESARROLLADAS: Se realizaron acciones de Inspección, Vigilancia y Control como lo dispone la normatividad sanitaria vigente desde lo extramural. ☐
3. PRODUCTO (EVIDENCIA): Formato físicos de IVC en archivo central del área VSA y registro de los mismos en el aplicativo SIVIGILA DC para el mes certificado. ☐

7	<p>1. OBLIGACIÓN: Desarrollar procesos de asistencia técnica a los diferentes procesos del Plan de Intervenciones Colectivas conforme a su saber disciplinar y técnico, en función de los requerimientos de entornos y/p procesos transversales</p> <p>2. ACTIVIDADES DESARROLLADAS: No hubo para el periodo</p> <p>3. PRODUCTO (EVIDENCIA): No hubo para el anterior</p>
8	<p>1. OBLIGACIÓN: Organizar el archivo de la documentación generada de acuerdo a la normatividad y tabla de retención documental.</p> <p>2. ACTIVIDADES DESARROLLADAS: Soportes entregados de acuerdo a las políticas de gestión documental establecidas desde la Subred. ☐</p> <p>3. PRODUCTO (EVIDENCIA): Formato físicos de IVC en archivo central del área VSA y registro de los mismos en el aplicativo SIVIGILA DC para el mes certificado. ☐</p>
9	<p>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.</p> <p>2. ACTIVIDADES DESARROLLADAS: En caso de que no hizo canalizaciones, no apoyo jornadas PAI, no tuvo fortalecimientos de capacidad con el equipo de cofinanciación y/o educación para la salud pública, por favor colocar: NO HUBO PARA EL PERIODO. Si realizó alguna de estas diligencias lo que HIZO.</p> <p>3. PRODUCTO (EVIDENCIA): En caso de que no hizo canalizaciones, no apoyo jornadas PAI, no tuvo fortalecimientos de capacidad con el equipo de cofinanciación y/o educación para la salud pública, por favor colocar: NO HUBO PARA EL PERIODO. Si realizó alguna de estas diligencias lo que HIZO.</p>
10	<p>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.</p> <p>2. ACTIVIDADES DESARROLLADAS: Durante el mes no se recibió visita por parte de la SDS_FFD para realizar el proceso de auditoría del componente de VSA, sin embargo fue realizado el proceso de preauditoría de la línea de intervención garantizando así la calidad y oportunidad de los soportes de las actividades ejecutadas, PENDIENTE SEGUIMIENTO AUDITORIA.</p> <p>3. PRODUCTO (EVIDENCIA): Durante el mes no se recibió visita por parte de la SDS_FFD para realizar el proceso de auditoría del componente de VSA, sin embargo fue realizado el proceso de preauditoría de la línea de intervención garantizando así la calidad y oportunidad de los soportes de las actividades ejecutadas, PENDIENTE SEGUIMIENTO AUDITORIA.</p>
11	<p>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.</p> <p>2. ACTIVIDADES DESARROLLADAS: Actividades asignadas desde el componente de vigilancia de la salud ambiental. ☐</p> <p>3. PRODUCTO (EVIDENCIA): Formato físicos de IVC en archivo central del área VSA y registro de los mismos en el aplicativo SIVIGILA DC para el mes certificado. ☐</p>

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 **cláusula "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

IV. INFORMACIÓN DE APORTES A SEGURIDAD SOCIAL

No. DE PLANILLA:	7967514831	OPERADOR:	SOI
CONCEPTO DEL PAGO	ENTIDAD	FECHA DE PAGO	VALOR PAGADO
SALUD:	FAMISANAR	12/05/2025	\$ 178,000
PENSIÓN:	PORVENIR	12/05/2025	\$ 227,800
RIESGOS LABORALES:	SURA	12/05/2025	\$ 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 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.

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

Loirena Quiroga-C

EDNA LORENA QUIROGA CORTES
CC: 1023974218

FIRMA DE QUIEN VALIDA

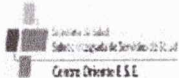
Javier Ricardo Peña

JAVIER RICARDO PEÑUELA PEREZ
SUPERVISOR ALTERNO

FIRMA DE QUIEN CONVALIDA EL CUMPLIMIENTO DE LAS OBLIGACIONES
PARA EL PRESENTE PERIODO DE PAGO:

Lida Esperanza

LIDA ESPERANZA MONTENEGRO PARRA
SUPERVISOR DEL CONTRATO



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:	EDNA LORENA QUIROGA CORTES	CC:	1,023,974,218
CORREO ELECTRÓNICO:	cortessubredco01@gmail.com	TELÉFONO:	3138854156
DIRECCIÓN DOMICILIO:	CL 27C SUR 10H 51 ESTE	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 párrafo 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:	SCOTIABANK COLPATRIA	TIPO DE CUENTA:	AHORROS	Nº CUENTA:	4672021570
--------------------------	----------------------	-----------------	---------	------------	------------

DATOS DEL PERIODO OBJETO DE PAGO

Nº DEL CONTRATO:	PS 3970 2025	VALOR CORRESPONDIENTE AL PERIODO OBJETO DE COBRO	\$ 469,312
FECHA DE INICIO CONTRATO	01/01/2025	FECHA DE TERMINACIÓN CONTRATO:	31/08/2025
PERIODO OBJETO DE COBRO:	1/05/2025	AL	31/05/2025

Lorena Quiroga-C

NOMBRE Y FIRMA DEL CONTRATISTA: EDNA LORENA QUIROGA CORTES

CC: 1,023,974,218

CEL: 3138854156

PLANILLA INTEGRADA AUTOLIQUIDACIÓN APORTES COMPROBANTE DE PAGO

DATOS GENERALES DEL APORTANTE			
TIPO IDENTIFICACIÓN:	CÉDULA DE CIUDADANÍA	NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN:	1023974218
NOMBRE Ó RAZÓN SOCIAL:	EDNA LORENA QUIROGA CORTES		
CIUDAD/MUNICIPIO:	BOGOTA DISTRITO CAPITAL	DEPARTAMENTO:	BOGOTA - DISTRITO CAPITAL
DIRECCIÓN:	CL 27C #SUR 10H -51	TELÉFONO:	2065238
TIPO APORTANTE:	02-INDEPENDIENTE	CLASE APORTANTE:	I-INDEPENDIENTE
TIPO EMPRESA:	PRIVADA	ACTIVIDAD ECONOMICA:	Actividades de saneamiento
FORMA DE PRESENTACIÓN:	ÚNICO		
APORTANTE EXONERADO PAGO APORTES SALUD, SENA E ICBF (REFORMA TRIBUTARIA):			NO

DATOS GENERALES DE LA PLANILLA			
NÚMERO PLANILLA:	7967514831	TIPO DE PLANILLA:	I-INDEPENDIENTES
PERIODO COTIZACIÓN:	MES: abril	PERIODO COTIZACIÓN:	MES: abril
OTROS SUBSISTEMAS:	AÑO: 2025	SALUD:	AÑO: 2025
DÍAS DE MORA:	5		
FECHA PAGO (aaaa/mm/dd):	2025/05/12	NÚMERO AUTORIZACIÓN:	1474948053

NOVEDADES																
ING	RET	TDE	TAE	TDP	TAP	COR	VSP	VST	SLN	COM	IGE	LMA	VAC	AVP	VCT	IRP

LIQUIDACIÓN GENERAL						
					TOTALES	
					COTIZANTES	TOTAL PAGADO
PENSIÓN						
ADMINISTRADORA						
NIT	CÓDIGO	NOMBRE				
8002248088	230301	230301-PORVENIR			1	\$ 228.600
SUBTOTAL:					1	\$ 228.600
SALUD						
ADMINISTRADORA						
NIT	CÓDIGO	NOMBRE				
8300035647	EPS017	EPS017-FAMISANAR			1	\$ 178.600
SUBTOTAL:					1	\$ 178.600
RIESGOS PROFESIONALES						
ADMINISTRADORA						
NIT	CÓDIGO	NOMBRE				
8909037905	14-11	14-11 - ARL SURA			1	\$ 34.900
SUBTOTAL:					1	\$ 34.900

VALOR SIN MORA:	\$ 440.500
VALOR MORA:	\$ 1.600
TOTAL PAGADO:	\$ 442.100



Lorena Cortes <cortessubredco01@gmail.com>

PSE - Transacción Aprobada ☒ CUS 1474948053

1 mensaje

serviciopse@achcolombia.com.co <serviciopse@achcolombia.com.co>
Para: cortessubredco01@gmail.com

12 de mayo de 2025, 8:35 a.m.

**¡Hola, LORENA QUIROGA!****Estado de la Transacción:** Aprobada ☒

Los siguientes son los datos de tu transacción:

Valor: \$ 442.100**Empresa:** SOI ACH**Descripción:** Pago de la Planilla Integrada de Seguridad Social y Parafiscales**Fecha de la transacción:** 12/05/2025**CUS:** 1474948053

Gracias por utilizar nuestro servicio.

**Ten en cuenta estos tips de seguridad:**

Usa dispositivos personales o de confianza para realizar tus pagos.



No abras enlaces sospechosos.



Cambia tus contraseñas con regularidad.



Digita manualmente la URL del portal de tu entidad financiera.



Recuerda que PSE nunca te contactará para solicitarte información personal.