

**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**

**JURANNIE ANDREA FLOREZ REINA**

**CON CC: N°**

**1,003,893,280**

**OBJETO DEL CONTRATO:**

PRESTAR SERVICIOS COMO TECNICO AUXILIAR DE 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 3481 2025**

**FECHA INICIO CONTRATO**

**02/01/2025**

**VALOR INICIAL DEL CONTRATO**

**\$ 14,762,688**

**No. HORAS EJECUTADAS**

**184**

**VALOR TOTAL DEL CONTRATO INCLUIDO ADICIONES:**

**\$ 20,332,830**

**VALOR DE HONORARIOS PERÍODO A CERTIFICAR:**

**\$ 2,539,752**

**PLAZO TOTAL DEL CONTRATO INCLUIDO PRORROGAS**

**7 MESES 29 DIAS**

**UNIDAD FUNCIONAL EJECUCIÓN DE ACTIVIDADES:**

**GSP PSPIC - COMUNITARIO**  
**SA2 SEDE ADMINISTRATIVA SAN JOSE OBRERO**

**NOMBRE DEL SUPERVISOR:**

**LIDA ESPERANZA MONTENEGRO PARRA**  
**PROFESIONAL ESPECIALIZADO ÁREA DE LA SALUD CÓDIGO 242 GRADO 30**

**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)**

<b>1</b>	<p>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.</p> <p>2. ACTIVIDADES DESARROLLADAS: Prestación de mis servicios como perfil técnico en auxiliar de enfermería desempeñando funciones tales como: demanda inducida, verificación de EAPB a los usuarios abordados, toma de medidas antropométricas, toma de glucometrias, digitación de listados de registro de formato de enfermería en aplicativo cuidate sé feliz y las correspondientes en el desarrollo del plan de intervenciones colectivas según el convenio PSPIC.</p> <p>3. PRODUCTO (EVIDENCIA): Actas, productos bases de excel, aplicativo Cuidate sé feliz</p>
<b>2</b>	<p>1. OBLIGACIÓN: Presentar mensualmente el cronograma de actividades a desarrollar</p> <p>2. ACTIVIDADES DESARROLLADAS: Creación y presentación del cronograma de actividades del mes de Agosto de 2025 al profesional de apoyo establecido.</p> <p>3. PRODUCTO (EVIDENCIA): Excel cronograma de actividades mes de Agosto de 2025</p>
<b>3</b>	<p>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</p> <p>2. ACTIVIDADES DESARROLLADAS: Apoyo y diligenciamiento a las diferentes actividades de documentación, archivo y aplicativo tales como, diligenciamiento de aplicativo "Cuidate sé feliz", Formato de canalizaciones.</p> <p>3. PRODUCTO (EVIDENCIA): Aplicativo Cuidate se feliz, formato de canalizaciones.</p>
<b>4</b>	<p>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.</p> <p>2. ACTIVIDADES DESARROLLADAS: Apoyo al mejoramiento continuo e implementación de acciones preventivas y correctivas de las actividades desarrolladas en el marco del plan de intervenciones colectivas PSPIC tales como, apropiación de mejoras establecidas en los procesos de seguimientos por parte de los profesionales de apoyo, corrección y verificación de los formatos digitados en el aplicativo cuidate sé feliz.</p> <p>3. PRODUCTO (EVIDENCIA): Formatos de asistencia, actas de seguimientos diligencias por profesionales de apoyo.</p>
<b>5</b>	<p>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.</p> <p>2. ACTIVIDADES DESARROLLADAS: Revisión detallada de los lineamientos del convenio PSPIC vigente desarrollando la correcta apropiación y desarrollo de las directrices establecidas de acuerdo al perfil como tecnico en auxiliar de enfermería.</p> <p>3. PRODUCTO (EVIDENCIA): Actas de apropiación conceptual.</p>
<b>6</b>	<p>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 convenio Interadministrativo PSPIC.</p> <p>2. ACTIVIDADES DESARROLLADAS: Organización y manejo de las jornadas logrando el abordaje de la población requerida para la meta.</p> <p>3. PRODUCTO (EVIDENCIA): Formatos de población, aplicativo Cuidate sé feliz.</p>
<b>7</b>	<p>1. OBLIGACIÓN: 7. Realizar con calidad y oportunidad los procesos de captura del dato, revisión y custodia de los formatos, documentos y/o bases de datos y aplicativos, que correspondan a las acciones o intervenciones realizadas de acuerdo a los lineamientos técnicos de los entornos y procesos transversales del convenio Interadministrativo PSPIC.</p> <p>2. ACTIVIDADES DESARROLLADAS: Uso adecuado de formatos físicos y herramientas digitales establecidos por el convenio para la captura de datos correspondientes a a las acciones realizadas dentro del convenio PSPIC.</p> <p>3. PRODUCTO (EVIDENCIA): Bases de datos, formatos y aplicativo Cuidate sé feliz.</p>
<b>8</b>	<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 Publica, GESI, ACCVSyE, Notificación de EISP y Participación Social</p> <p>2. ACTIVIDADES DESARROLLADAS: Identificación de casos que requieren remisión a servicios especializados donde se realiza activación las rutas de canalización de servicios en salud, se diligencian los aplicativos de SDS, de conformidad con el lineamiento operativo. garantizando la adecuada orientación y registro en los sistemas de información pertinentes.</p> <p>3. PRODUCTO (EVIDENCIA): Formato de canalizaciones, drive y correo de canalizaciones, enfocadas en riesgos cardiovasculares y de prevención</p>
<b>9</b>	<p>1. OBLIGACIÓN: 9. 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: Se generan los soportes teniendo en cuenta el proceso de autocontrol, calidad del dato, veracidad, pertinencia técnica, dando respuesta al documento operativo y demás obligaciones contractuales; así como se garantiza el alistamiento oportuno de los productos del mes de Agosto para el proceso de seguimiento y/o interventoría.</p> <p>3. PRODUCTO (EVIDENCIA): Alistamiento de producto para proceso de seguimiento e interventoría del mes de Agosto</p>

- 10 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: Contar con disponibilidad de acuerdo a lo requerido por parte de la subred centro oriente E.S.E Articulación equipos del entorno proporcionando información para las intervenciones comunitarias.  
 3. PRODUCTO (EVIDENCIA): Formato acta y/o documentos.

**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 **01/08/2025** al **31/08/2025**

**IV. INFORMACIÓN DE APORTES A SEGURIDAD SOCIAL**

No. DE PLANILLA:	89035070	OPERADOR:	MI PLANILLA
CONCEPTO DEL PAGO	ENTIDAD	FECHA DE PAGO	VALOR PAGADO
SALUD:	COMPENSAR	15/08/2025	\$ 178,000
PENSIÓN:	PORVENIR	15/08/2025	\$ 227,800
RIESGOS LABORALES:	SURA	15/08/2025	\$ 34,700
OTRO	CCF COMPENSAR	15/08/2025	\$ 28,500
<b>TOTAL PAGADO</b>			<b>\$ 469,000</b>

**V. DECLARACIONES DEL CONTRATISTA**

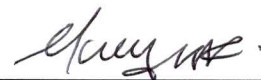
- 1.- Que desarrollé las actividades descritas en el informe anexo, dentro del periodo de cobro.
- 2.- Que realicé el pago de la Seguridad Social donde el IBC se calculó sobre el 40% de los ingresos cancelados del mes anterior pago del cual anexo copia simple, sin que en ningún caso el IBC sea menor 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



JURANNIE ANDREA FLOREZ REINA  
CC: 1003893280

FIRMA DE QUIEN VALIDA

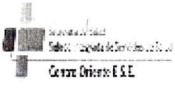


CLAUDIA IRENE SEGURA VERA  
SUPERVISOR ALTERNO

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



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: 31/08/2025

NOMBRES Y APELLIDOS:	JURANNIE ANDREA FLOREZ REINA	CC:	1,003,893,280
CORREO ELECTRÓNICO:	juranniereina@gmail.com	TELÉFONO:	3008803053
DIRECCIÓN DOMICILIO:	TV 12 A ESTE 47 70 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:	NEQUI	TIPO DE CUENTA:	AHORROS	N° CUENTA:	3124508425
--------------------------	-------	-----------------	---------	------------	------------

DATOS DEL PERIODO OBJETO DE PAGO

N° DEL CONTRATO:	PS 3481 2025	VALOR CORRESPONDIENTE AL PERIODO OBJETO DE COBRO	\$ 2,539,752
FECHA DE INICIO CONTRATO	02/01/2025	FECHA DE TERMINACIÓN CONTRATO:	31/08/2025
PERIODO OBJETO DE COBRO:	1/08/2025 AL 31/08/2025		

NOMBRE Y FIRMA DEL CONTRATISTA: JURANNIE ANDREA FLOREZ REINA

CC: 1,003,893,280

CEL: 3008803053

DATOS DEL APORTANTE						
TIPO	NÚMERO	NOMBRE APORTANTE		DIRECCIÓN	TELÉFONO	CORREO
CC	1003893280	JURANNIE ANDREA FLOREZ REINA		Carrera 11 b este #51a 58 sur	3124508425	juraniereina@gmail.com
FORMA PRESENTACIÓN	CLASE APORTANTE	NOMBRE SUCURSAL	CÓDIGO	DEPARTAMENTO	CIUDAD / MUNICIPIO	
ÚNICA	I - Independiente			BOGOTÁ D. C.	BOGOTÁ D. C.	

DATOS DE LA PLANILLA						
PLANILLA ASOCIADA	FECHA PAGO ASOCIADA (DIA/MES/AÑO)	TIPO PLANILLA	FECHA PAGO (DIA/MES/AÑO)	NÚMERO PLANILLA	CANTIDAD	
					EMPLEADOS	UPC
					1	0
PERIODO SALUD	PERIODO PENSIONES				TOTAL A PAGAR	
2025-07	2025-07	I	15/08/2025	89035070	\$469.000	

**TOTALES POR SUBSISTEMAS**

TOTALES SALUD													
Código EPS	Nombre	NIT	Cotización Obligatoria	UPC Adicional	Incapacidades		Licencia Maternidad		Días Mora	Valor Mora Cotización	Valor Mora UPC	Total a Pagar	No. Afiliados
					No. Autorización	Valor	No. Autorización	Valor					
EPS008	Compensar EPS	860066942-7	178.000	0	0	0	0	0	0	0	0	178.000	1

TOTALES PENSIÓN													
Código AFP	Nombre	NIT	Cotización Obligatoria	Aporte Voluntario Afiliado	Aporte Voluntario Aportante	Aporte FSP - Solidaridad	Aporte FSP - Subsistencia	Días Mora	Valor Mora Cotización	Valor Mora FSP	Total a Pagar	No. Afiliados	
230301	Porvenir	800224808-8	227.800	0	0	0	0	0	0	0	227.800	1	

TOTALES RIESGOS LABORALES															
Código ARL	Nombre	NIT	Cotización Obligatoria	Incapacidades		Aportes Otros Sistemas	Valor Neto Cotización	Días Mora	Valor Mora Cotización	Subtotal Cotización	No. Radicado Saldo a Favor	Valor Saldo a Favor	Fondo Solidaridad	Total a Pagar	No. Afiliados
				No. Autorización	Valor										
14-11	ARL SURA	890903790-5	34.700				34.700	0	0	34.700			347	34.700	1

TOTALES CAJAS							
Código CCF	Nombre	NIT	Valor Aporte	Días Mora	Valor Mora Aporte	Total a Pagar	No. Afiliados
CCF24	Compensar Caja	860066942-7	28.500	0	0	28.500	1

TOTALES PARAFISCALES				
Valor Aporte	Días Mora	Valor Mora Aporte	Total a Pagar	No. Afiliados
<b>SENA</b>				
0	0	0	0	0
<b>ICBF</b>				
0	0	0	0	0
<b>ESAP</b>				
<b>MEN</b>				

TOTALES POR SUBSISTEMA			
Tipo Administradora	No. Administradoras Reportadas	Valor antes de IGE, LMA, IRP y Mora	Total a Pagar
Salud	1	178.000	178.000
Pensión	1	227.800	227.800
Riesgos Laborales	1	34.700	34.700
CCF	1	28.500	28.500
ESAP	0	0	0
ICBF	0	0	0
MEN	0	0	0
SENA	0	0	0
<b>TOTALES</b>	<b>4</b>	<b>469.000</b>	<b>469.000</b>





## Comprobante de pago

### Ⓣ Pago realizado

---

Pago en

Compensar-oi ✓

¿Cuánto?

\$ 469.000,00 ✓

Fecha

15 de agosto de 2025 a las 09:07 a. m. ✓

Referencia

M4129709