	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-1A-FT-077** **VERSIÓN: 2** **FECHA: 2025-06-09**

CELEBRADO ENTRE LA SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E. Y				
SONIA PATRICIA ANGEL CUELLAR				
		CON CC: Nº	51,951,663	
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 3360 2025		**FECHA INICIO CONTRATO**	01/01/2025
VALOR INICIAL DEL CONTRATO	$ 9,226,128	**No. HORAS EJECUTADAS**	86	
VALOR TOTAL DEL CONTRATO INCLUIDO ADICIONES:	$ 16,046,173		**VALOR DE HONORARIOS PERÍODO A CERTIFICAR:**	$ 741,922
PLAZO TOTAL DEL CONTRATO INCLUIDO PRORROGAS	8 MESES 29 DIAS			
UNIDAD FUNCIONAL EJECUCION 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			

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 realizó en el Mes de julio 2025, 22 concertación para el desarrollo de los puntos de evaluación del riesgo. se avanzó en el proceso de búsqueda activa de usuarios para el proceso de evaluación del riesgo, se realizaron convocatoria para desarrollar las jornadas de SPAcios de Cuidado. 3. PRODUCTO (EVIDENCIA): Acta de convocatoria de la actividad realizada. ficha de sesiones colectivas con los nombres de los usuarios y actas de concertaciones para identificacion de riesgo de consumo
2	1. OBLIGACIÓN: Presentar mensualmente el cronograma de actividades a desarrollar 2. ACTIVIDADES DESARROLLADAS: Se diseñó el cronograma de actividades para el mes de julio para el equipo de SPAcios de cuidado, se actualizó el cronograma para el mes de julio 2025 con una periodicidad semanal. 3. PRODUCTO (EVIDENCIA): cronograma se realiza en un archivo de excel donde de relaciona los puntos de las actividades a realizar en el mes de julio 2025
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: En el mes de julio 2025 se asistió al desarrollo de las actividades conforme al cronograma establecido, asisti a las reuniones de asistencia tecnica programadas por el Profesional de apoyo. 3. PRODUCTO (EVIDENCIA): fichas de sesiones colectivas, actas de convocatoria para identificacion de riesgo, actas de concertaciones para realizar la actividad
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: En el mes de julio 2025, se realizaron acciones con el Equipo SPAcios de cuidado en relación a convocatoria y espacios comunitarios con población con consumo de SPA. se apoyo en la revision de la documentacion entregada por el producto 47 realizando los ajustes pertinentes 3. PRODUCTO (EVIDENCIA): fichas de sesiones colectivas, actas de convocatoria para identificacion de riesgo, actas de concertaciones para realizar la actividad
5	1. OBLIGACIÓN: Realizar la identificacion y enganche de la poblacion que se encuentren en el contexto donde desarrolla sus actividades, de acuerdo a los lineamientos tecnicos de los entornos y procesos transversales del convenio interadministrativo PSPIC. 2. ACTIVIDADES DESARROLLADAS: Para el mes de julio 2025, se realiza y entrega acta de apropiacion conceptual de la ficha metodologica de los procesos contemplados en la estrategia 3. PRODUCTO (EVIDENCIA): Acta de convocatoria con los puntos donde se realizan las actividades de jornadas de SPAcios de cuidado. fichas de sesiones colectivas. actas de concertaciones para punto de carpa
6	1. OBLIGACIÓN: Organizar el archivo de la documentación generada de acuerdo a la normatividad y tabla de retención documental. 2. ACTIVIDADES DESARROLLADAS: En el mes de julio 2025 se realizó la correpondiente revision y archivo de los documentos de SPAcios de Cuidado, junto con las porfesionales de la estrategia. debidamente rotulados y la normatividad y tabla de retencion documental 3. PRODUCTO (EVIDENCIA): una carpeta de Actas de concertaciones, una carpeta de Actas de convocatoria.
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 Pública, GESI, ACCVSyE, Notificación de EISP Y Participación Social. 2. ACTIVIDADES DESARROLLADAS: En el mes de julio 2025 se Garantiza la información con calidad de los usuarios que requieren ser canalizados, a los equipos de profesionales que realizan los procesos de canalización a servidos sociales y de salud. 3. PRODUCTO (EVIDENCIA): Actas de convocatoria. actas de concerttaciones
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) seran causal de inicio de apertura de porcedimiento administrativo sancionatorio de incumplimeinto contractual. 2. ACTIVIDADES DESARROLLADAS: En el mes de julio 2025 se garantizó la adecuada ejecución de las actividades en el desarrollo del grupo poblacional que me fue asignado, aportando los productos que se establecieron en el lineamientos de SPAcios de Bienestar y que me fueron socializados de forma oportuna. Además me cercioré que la información consignada en actas y en formatos quedó registrada con completitos y calidad. 3. PRODUCTO (EVIDENCIA): Actas de convocatorias, Acta de concertacion y fichas de sesiones colectivas.

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. 2. ACTIVIDADES DESARROLLADAS: En el mes de julio 2025 se envia al whatssap del grupo de SPAcios de cuidado se envia fotos de inicio, finalizacion y en el momento de la actividad con un usuario. en donde esten los profesionales de la salud 3. PRODUCTO (EVIDENCIA): Actas de convocatorias, Acta de concertacion y fichas de sesiones colectivas.

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:	87767224	**OPERADOR:**	MI PLANILLA

CONCEPTO DEL PAGO	ENTIDAD	FECHA DE PAGO	VALOR PAGADO
SALUD:	COMPENSAR	11/07/2025	$ 178,000
PENSIÓN:	COLPENSIONES	11/07/2025	$ 227,800
RIESGOS LABORALES:	POSITIVA	11/07/2025	$ 34,700
OTRO			
TOTAL PAGADO			**$ 440,500**

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 fotograficas y/o documentales que soporten las actividades realizadas en el periodo correspondiente

NOMBRE Y FIRMA DEL CONTRATISTA	**SONIA PATRICIA ANGEL CUELLAR** **CC: 51951663**
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:	SONIA PATRICIA ANGEL CUELLAR	CC:	51,951,663
CORREO ELECTRÓNICO:	19spac@gmail.com	TELÉFONO:	3115835404
DIRECCIÓN DOMICILIO:	CL 57 H 79 63 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 CAJA SOCIAL	TIPO DE CUENTA:	AHORROS	N° CUENTA:	24042613103

DATOS DEL PERIODO OBJETO DE PAGO			
N° DEL CONTRATO:	PS 3360 2025	VALOR CORRESPONDIENTE AL PERIODO OBJETO DE COBRO	$ 741,922
FECHA DE INICIO CONTRATO	01/01/2025	FECHA DE TERMINACIÓN CONTRATO	30/09/2025
PERIODO OBJETO DE COBRO:	1/07/2025 AL 31/07/2025		

NOMBRE Y FIRMA DEL CONTRATISTA: SONIA PATRICIA ANGEL CUELLAR
CC: 51,951,663
CEL: 3115835404

compensar | miplanilla.com

PLANILLA INTEGRADA DE AUTOLIQUIDACION DE APORTES

DATOS DEL APORTANTE						
TIPO	NÚMERO	NOMBRE APORTANTE		DIRECCIÓN	TELÉFONO	CORREO	EXONERADO PAGO PARAFISCALES Y SALUD
CC	51951663	SONIA PATRICIA ANGEL CUELLAR		calle 57 H SUR # 79-63	3115835404	19spac@gmail.com	
FORMA PRESENTACIÓN	CLASE APORTANTE	NOMBRE SUCURSAL	CÓDIGO	DEPARTAMENTO	CIUDAD / MUNICIPIO		
UNICA	I – Independiente			BOGOTÁ D. C.	BOGOTÁ, D.C.		NO

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	
2025-06	2025-06	I	11/07/2025	87767224	$440,500	

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	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
25-14	Colpensiones	900336004-7	227,800	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										
14-23	Positiva Seguros	860011153-6	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

TOTALES PARAFISCALES

Valor Aporte	Días Mora	Valor Mora Aporte	Total a Pagar	No. Afiliados
SENA				
0	0	0	0	0
ICBF				
0	0	0	0	0
ESAP				
MEN				

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	0	0	0
ESAP	0	0	0
ICBF	0	0	0
MEN	0	0	0
SENA	0	0	0
TOTALES	3	440,500	440,500

Este documento está clasificado como PRIVADO por parte de Compensar Operador de Información

compensar | miplanilla.com

PLANILLA INTEGRADA DE AUTOLIQUIDACION DE APORTES

DATOS DEL APORTANTE							
TIPO	NÚMERO	NOMBRE APORTANTE		DIRECCIÓN	TELÉFONO	CORREO	EXONERADO PAGO PARAFISCALES Y SALUD
CC	51951663	SONIA PATRICIA ANGEL CUELLAR		calle 57 H SUR # 79-63	3115835404	19spac@gmail.com	
FORMA PRESENTACIÓN	CLASE APORTANTE	NOMBRE SUCURSAL	CÓDIGO	DEPARTAMENTO	CIUDAD / MUNICIPIO		
UNICA	I – Independiente			BOGOTÁ D. C.	BOGOTÁ, D.C.		NO

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	
2025-06	2025-06	I	11/07/2025	87767224	$440,500	

ETALLE POR COTIZANTE

INFORMACION COTIZANTE								INFORMACION NOVEDADES																		PENSIÓN							SALUD			RIESGOS LABORALES				CCF			PARAFISCALES					
Tipo	No. de Identificación	Apellidos y Nombres	Dpto/mpio	Subtipo	Extranjero	Cotiza pensión	Exonerado	ING	RET	TDE	TAE	TDP	TAP	VSP	SUS	IGE	IGE	LMA	VAC	AVP	VCT	IRL	COMPLEMENTARIA	Cód. AFP	IBC AFP	Cotización	Voluntario o Afiliado	Voluntario Aportante	Fondo pensional de solidaridad	Fondo pensional de subsistencia	Cód. EPS	IBC EPS	Cotización / Valor UPC	Cód. ARL	IBC ARL	Clase de Riesgo	Cotización	Código CCF	IBC CCF	Aporte CCF	IBC otros parafiscales	Aporte SENA	Aporte ICBF	Aporte ESAP	Aporte MEN
CC	51951663	ANGEL CUELLAR SONIA PATRICIA	57	0			N																	25-14	1.423.500	227.800	0	0	0	0	EPS008	1.423.500	176.000	14-23	1.423.500	3	34.700		0	0	0	0	0	0	0

PAGADA

Este documento está clasificado como PRIVADO por parte de Compensar Operador de Información

Banco Caja Social
Su banco amigo.

Pago de servicios electrónicos

Resultado de la transacción

Transacción exitosa.

Apreciado cliente. Pago sujeto a aprobación. Para concluir, por favor seleccione la opción "Regresa
el estado final de la transacción. Si tiene algún inconveniente, comuníquese con la entidad con la qu
con el comercio desde el cual está realizando la compra o pago.

FECHA Y HORA
10 julio 2025 6:50 pm

DIRECCIÓN IP. 181

NÚMERO DE TRANSACCIÓN
APII5191323962359258

NÚMERO DE CONI
9258859W

NOMBRE DEL COMERCIO	COMPENSAR-OI
NIT DEL COMERCIO	9998600669427
CÓDIGO DEL SERVICIO	99000
VALOR DE LA TRANSACCIÓN	$440.500,00
VALOR DEL IMPUESTO	$0,00
REFERENCIA DE PAGO	87767224
FECHA DE LA SOLICITUD	10 julio 2025
REFERENCIA 1	
REFERENCIA 2	CC
REFERENCIA 3	51951663
CÓDIGO DE LA TRANSACCIÓN (CUS)	1619463177
CICLO DE LA TRANSACCIÓN	1
DESCRIPCIÓN DEL PAGO	MiPlanilla.com Pago Proteccion Sc
CUENTA ORIGEN	Cuentamiga *******3103