

<div><div><div>SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E</div><div>APOYO – GESTION DE CONTRATACIÓN</div><div>FORMATO INFORME DE EJECUCIÓN DE ACTIVIDADES DEL CONTRATO DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS Y DE APOYO A LA GESTIÓN</div></div></div>		<div><div>CÓDIGO: AP-IA-FT-077</div><div>VERSIÓN: 2</div><div>FECHA: 2025-06-09</div></div>	
CELEBRADO ENTRE LA SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E Y			
LUZ DARY BOLIVAR PUENTES			
CON CC: N°		1,024,522,594	
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 3365 2025	FECHA INICIO CONTRATO	01/01/2025
VALOR INICIAL DEL CONTRATO	\$ 9,226,128	No. HORAS EJECUTADAS	184
VALOR TOTAL DEL CONTRATO INCLUIDO ADICIONES:	\$ 12,707,533	VALOR DE HONORARIOS PERÍODO A CERTIFICAR:	\$ 1,587,368
PLAZO TOTAL DEL CONTRATO INCLUIDO PRORROGAS	7 MESES 30 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		
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: Ejecutar la actividad como gestor comunitario en el grupo de apoyo de salud mental según la meta indicada. 3. PRODUCTO (EVIDENCIA): listado de sesiones colectivas y actas de concertación.		
2	1. OBLIGACIÓN: Presentar mensualmente el cronograma de actividades a desarrollar. 2. ACTIVIDADES DESARROLLADAS: Se realizó el cronograma correspondiente al mes de agosto con la actualización correspondiente. 3. PRODUCTO (EVIDENCIA): Cronograma en el 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 2. ACTIVIDADES DESARROLLADAS: Se apoyan las actividades que están sujetas al objeto contractual del cronograma, direccionamiento técnico, asistencia técnica. 3. PRODUCTO (EVIDENCIA): Se entregan las actas correspondientes según corresponda a cada 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: Se apoyan las actividades que están sujetas al objeto contractual en el cronograma, se desarrollan actividades grupales de educación en salud mental según el requerimiento. 3. PRODUCTO (EVIDENCIA): Actas.		
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 2. ACTIVIDADES DESARROLLADAS: Se hace la identificación de la población de acuerdo a los lineamientos, se trabaja con 12 grupos en sesiones colectivas con el grupo de apoyo a salud mental y se trabaja con los procesos transversales 3. PRODUCTO (EVIDENCIA): Listado de sesiones colectivas.		
6	1. OBLIGACIÓN: Organizar el archivo de la documentación generada de acuerdo a la normatividad y tabla de retención documental 2. ACTIVIDADES DESARROLLADAS: Se organiza el archivo de acuerdo a la normatividad y a la tabla de retención documental. 3. PRODUCTO (EVIDENCIA): Actas.		
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: Durante el mes se da cumplimiento a las actividades de los procesos del PSPIC de acuerdo a la competencia. 3. PRODUCTO (EVIDENCIA): Listados de sesiones colectivas.		
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 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 2. ACTIVIDADES DESARROLLADAS: Durante el mes se hace la pre auditoría de los formatos entregados oportunamente y debidamente diligenciados con el fin de prever inconsistencias que incurran en una glosa. 3. PRODUCTO (EVIDENCIA): listado 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: Se apoyan las actividades que están sujetas al objeto contractual, suministrados por el ente superior con énfasis en el cuidado de la salud mental. 3. PRODUCTO (EVIDENCIA): Listados 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 01/08/2025 al 31/08/2025

IV. INFORMACIÓN DE APORTES A SEGURIDAD SOCIAL

No. DE PLANILLA:	88957506	OPERADOR:	MI PLANILLA
CONCEPTO DEL PAGO	ENTIDAD	FECHA DE PAGO	VALOR PAGADO
SALUD:	SALUD TOTAL	15/08/2025	\$ 178,000
PENSIÓN:	NO APLICA		
RIESGOS LABORALES:	SURA	15/08/2025	\$ 34,700
OTRO			
TOTAL PAGADO			\$ 212,700

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

NOMBRE Y FIRMA DEL CONTRATISTA

LUZ DARY BOLIVAR PUNTES
LUZ DARY BOLIVAR PUNTES
CC: 1024522594

FIRMA DE QUIEN VALIDA

CLAUDIA IRENE SEGURA VERA
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
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:	LUZ DARY BOLIVAR PUENTES	CC:	1,024,522,594
CORREO ELECTRÓNICO:	luzbolivarpuentes789@gmail.com	TELÉFONO:	3228496560
DIRECCIÓN DOMICILIO:	CL 74 F SUR 11F 76 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 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 POPULAR	TIPO DE CUENTA:	AHORROS	Nº CUENTA:	500804934323
--------------------------	---------------	-----------------	---------	------------	--------------

DATOS DEL PERIODO OBJETO DE PAGO

Nº DEL CONTRATO:	PS 3365 2025	VALOR CORRESPONDIENTE AL PERIODO OBJETO DE COBRO	\$ 1,587,368
FECHA DE INICIO CONTRATO	01/01/2025	FECHA DE TERMINACIÓN CONTRATO:	31/08/2025
PERIODO OBJETO DE COBRO:	1/08/2025	AL	31/08/2025

Luz dary Bolivar Puentes.

NOMBRE Y FIRMA DEL CONTRATISTA: LUZ DARY BOLIVAR PUENTES

CC: 1,024,522,594
CEL: 3228496560

DATOS DEL APORTANTE						
TIPO	NÚMERO	NOMBRE APORTANTE		DIRECCIÓN	TÉLEFONO	CORREO
CC	1024522594	LUZ DARY BOLIVAR PUENTES		calle 74 l sur -44 l 75 sur	3568951	luzbolivarpuentes789@gmail.com
FORMA PRESENTACIÓN	CLASE APORTANTE	NOMBRE SUCURSAL	CÓDIGO	DEPARTAMENTO	CIUDAD / MUNICIPIO	
ÚNICA	I - Independiente			BOGOTÁ D. C.	BOGOTÁ, D.C.	
EXONERADO PAGO PARAFISCALES Y SALUD						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
2025-07	2025-07	I	15/08/2025	88957506	\$212.700

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					
EPS002	Salud Total EPS	800130907-4	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

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

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 IOE, LMA, IRP y Mora	Total a Pagar
Salud	1	178.000	178.000
Pensión	0	0	0
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	2	212.700	212.700

DATOS DEL APORTANTE						
TIPO	NÚMERO	NOMBRE APORTANTE		DIRECCIÓN	TELÉFONO	CORREO
CC	1024522584	LUZ DARY BOLIVAR PUENTES		calle 74 f sur -44 f 75 sur	3568951	luzbolivarpuentes789@gmail.com
FORMA PRESENTACIÓN	CLASE APORTANTE	NOMBRE SUCURSAL	CÓDIGO	DEPARTAMENTO	CIUDAD / MUNICIPIO	
ÚNICA	I - Independiente			BOGOTÁ D. C.	BOGOTÁ D. C.	
						EXONERADO PAGO PARAFISCALES Y SALUD
						NO

DATOS DE LA PLANILLA					
PLANILLA ASOCIADA	FECHA PAGO ASOCIADA (DÍA/MES/AÑO)	TIPO PLANILLA	FECHA PAGO (DÍA/MES/AÑO)	NÚMERO PLANILLA	CANTIDAD
					EMPLEADOS UPC
					1 0
PERIODO SALUD	PERIODO PENSIONES				TOTAL A PAGAR
2025-07	2025-07	I	15/08/2025	88957506	\$212.700

DETALLE POR COTIZANTE

INFORMACIÓN COTIZANTE				INFORMACIÓN NOVEDADES												PENSIÓN						SALUD			RIESGOS LABORALES			CCF		PARAFISCALES															
No.	Tipo	No. de Identificación	Apellidos y Nombres	Cotizante	Beneficiario	Excedente	Excedente	Excedente	RET	TAS	TAE	TUP	TAP	WET	WET	WET	WET	WET	WET	WET	WET	WET	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	
1	CC	1024522584	BOLIVAR PUENTES LUZ DARY	59	2		N																	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0

PAGADA



Yina <castellonyinalourdes@gmail.com>

Fwd: PSE - Transacción Aprobada ☒ CUS 1702647140

1 mensaje

Luz Bolivar <luzbolivar0105@gmail.com>
Para: castellonyinalourdes@gmail.com

15 de agosto de 2025, 8:25 a.m.

----- Forwarded message -----

De: <serviciopse@achcolombia.com.co>

Date: vie, 15 ago 2025, 8:16 a. m.

Subject: PSE - Transacción Aprobada ☒ CUS 1702647140

To: <luzbolivar0105@gmail.com>

**¡Hola, Luz Dary Bolívar puentes !****Estado de la Transacción:** **Aprobada ☒**

Los siguientes son los datos de tu transacción:

Valor: \$ 212.700 ✓**Empresa:** COMPENSAR-OI ✓**Descripción:** MiPlanilla.com Pago Proteccion Social ✓**Fecha de la transacción:** 15/08/2025 ✓**CUS:** 1702647140

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.

CP-594412

SEGUROS DE VIDA ALFA S.A.

NIT 860503617-3



CERTIFICA QUE

El(a) señor(a) **BOLIVAR PUENTES LUZ DARY**, identificado(a) con **CÉDULA No.1.024.522.594** es beneficiario(a) de una Póliza de Renta Vitalicia por **INVALIDEZ**, expedida en el mes de **Junio de 2023**.

Actualmente, **BOLIVAR PUENTES LUZ DARY** tiene derecho a recibir **UN MILLON CUATROCIENTOS VEINTITRES MIL QUINIENTOS PESOS(\$1,423,500.00 MCTE.)**, equivalente a un **100%** del valor total de la pensión, y recibe **13 mesadas durante el año**, al cual aplicamos los descuentos a que haya lugar según la normatividad vigente para este tipo de pólizas y los adicionales debidamente autorizados por el beneficiario.

Consultas y solicitudes a través de nuestras **líneas de atención al cliente en Bogotá (60 - 1) 307 70 32**, desde el **resto del país 01 8000 122532**, de lunes a viernes, de 8:00 a.m. a 8:00 p.m.-sábados, de 8:00 a.m. a 12:00 m. o escríbenos a través de nuestros canales virtuales disponibles desde nuestra página web en la sección **Atención** o al buzón **«servicioalcliente@segurosalfa.com.co»**.

Más información www.segurosalfa.com.co

Esta certificación se expide a solicitud de Seguros de Vida Alfa s.a. en Bogotá a los 15 días del mes de Agosto del año 2025

Dirección de Rentas Vitalicias.

Renta:127981

SUPERINTENDENCIA
FINANCIERA DE COLOMBIA

VIGILADO

***** INFORMACIÓN CONFIDENCIAL *****
***** FIN DEL DOCUMENTO *****