

**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-IA-FT-077  
VERSIÓN: 2  
FECHA: 2025-06-09**

**CELEBRADO ENTRE LA SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E Y**

**YAMILE RINCON CASTIBLANCO**

**CON CC: N°**

52,461,453

<b>OBJETO DEL CONTRATO:</b>	PRESTAR SERVICIOS DE APOYO A LA GESTION COMO TECNOLOGO EN SANEAMIENTO AMBIENTAL 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.
-----------------------------	--

<b>CONTRATO DE PRESTACION DE SERVICIOS PROFESIONALES No.</b>	PS 6056 2025	<b>FECHA INICIO CONTRATO</b>	30/07/2025
--	--------------	------------------------------	------------

<b>VALOR INICIAL DEL CONTRATO</b>	\$ 2,968,398	<b>No. HORAS EJECUTADAS</b>	184
-----------------------------------	--------------	-----------------------------	-----

<b>VALOR TOTAL DEL CONTRATO INCLUIDO ADICIONES:</b>	\$ 2,968,398	<b>VALOR DE HONORARIOS PERÍODO A CERTIFICAR:</b>	\$ 2,698,544
---	--------------	--	--------------

<b>PLAZO TOTAL DEL CONTRATO INCLUIDO PRORROGAS</b>	2 MESES
--	---------

<b>UNIDAD FUNCIONAL EJECUCIÓN DE ACTIVIDADES:</b>	GSP PSPIC - VSA 6PM CENTRO DE SALUD PRIMERA DE MAYO
---	--

<b>NOMBRE DEL SUPERVISOR:</b>	LIDA ESPERANZA MONTENEGRO PARRA PROFESIONAL ESPECIALIZADO ÁREA DE LA SALUD CÓDIGO 242 GRADO 30
-------------------------------	---

<b>ITEM</b>	<b>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	<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: Atención oportuna de actividades asignadas en la línea de intervención enfermedades de origen zoonótico y acciones de inspección, vigilancia y control de las localidades vigiladas por la subred</p> <p>3. PRODUCTO (EVIDENCIA): Planillas vacunación antirrábica puntos fijos y extramurales, carnet vacunación</p>
---	--

2	<p>1. OBLIGACIÓN: Presentar mensualmente el cronograma de actividades a desarrollar.</p> <p>2. ACTIVIDADES DESARROLLADAS: Se realiza entrega de respectivo cronograma</p> <p>3. PRODUCTO (EVIDENCIA): Cronograma en físico</p>
---	--

3	<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: Realizar vacunación antirrábica preventiva con asesoría de los cuidados pre y post vacuna. Realizar acciones de socialización individual en tenencia responsable de mascotas efectos adversos a la vacunación y seguimiento de casos</p> <p>3. PRODUCTO (EVIDENCIA): Entrega de planillas vacunación antirrábica puntos fijos y extramurales, carnet vacunación.</p>
---	--

4	<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 habitación y acreditación de servicios de salud.</p> <p>2. ACTIVIDADES DESARROLLADAS: Realizar actividades de acuerdo con los requerimientos del coordinador del área</p> <p>3. PRODUCTO (EVIDENCIA): Entrega de formatos específicos de acuerdo con los requerimientos de la coordinación</p>
---	--

5	<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 proceso de la Vigilancia de la Salud ambiental-VSA del convenio Interadministrativo PSPIC.</p> <p>2. ACTIVIDADES DESARROLLADAS: Realizar vacunación antirrábica preventiva de acuerdo a la meta establecida.</p> <p>3. PRODUCTO (EVIDENCIA): planillas vacunación antirrábica puntos fijos y extramurales, carnet vacunación.</p>
---	---

6	<p>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.</p> <p>2. ACTIVIDADES DESARROLLADAS: Realizar vacunación antirrábica preventiva con asesoría de los cuidados pre y post vacuna. Realizar acciones de socialización individual en tenencia responsable de mascotas efectos adversos a la vacunación y seguimiento de casos</p> <p>3. PRODUCTO (EVIDENCIA): planillas vacunación antirrábica puntos fijos y extramurales, carnet vacunación.</p>
---	--

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 PERIODO</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 con las políticas de gestión documental establecidas desde la Subred.</p> <p>3. PRODUCTO (EVIDENCIA): Formatos establecidos por la coordinación</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 Publica, GESI, ACCVSYE, Notificación de EISP y Participación Social.</p> <p>2. ACTIVIDADES DESARROLLADAS: NO HUBO PARA EL PERIODO</p> <p>3. PRODUCTO (EVIDENCIA): NO HUBO PARA EL PERIODO</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: 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 diligenciar 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 diligenciar lo que HIZO.</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): Entrega de formatos específicos de acuerdo con los requerimientos de la coordinación</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 **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:	CERTIFICADO	OPERADOR:	MI PLANILLA
CONCEPTO DEL PAGO	ENTIDAD	FECHA DE PAGO	VALOR PAGADO
SALUD:	COMPENSAR		\$ -
PENSIÓN:	COLFONDOS		\$ -
RIESGOS LABORALES:	BOLIVAR		\$ -
OTRO			
<b>TOTAL PAGADO</b>			<b>\$ -</b>


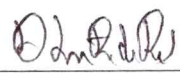

V. DECLARACIONES DEL CONTRATISTA

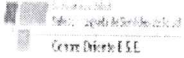
- 1.- Que desarrollé las actividades descritas en el informe anexo, dentro del periodo de cobro.
- 2.- Que realicé el pago de la Seguridad Social donde el IBC se calculó sobre el 40% de los ingresos cancelados del mes anterior pago del cual anexo copia simple, sin que en ningún caso el IBC sea menor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

<p>NOMBRE Y FIRMA DEL CONTRATISTA</p>	<p> YAMILE RINCON CASTIBLANCO CC: 52461453</p>
<p>FIRMA DE QUIEN VALIDA</p>	<p> JAVIER RICARDO PEÑUELA PEREZ SUPERVISOR ALTERNO</p>
<p>FIRMA DE QUIEN CONVALIDA EL CUMPLIMIENTO DE LAS OBLIGACIONES PARA EL PRESENTE PERIODO DE PAGO:</p>	<p> LIDA ESPERANZA MONTENEGRO PARRA SUPERVISOR DEL CONTRATO</p>



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

<b>NOMBRES Y APELLIDOS:</b>	YAMILE RINCON CASTIBLANCO	<b>CC:</b>	52,461,453
<b>CORREO ELECTRÓNICO:</b>	yamirinconc@gmail.com	<b>TELÉFONO:</b>	3157250419
<b>DIRECCIÓN DOMICILIO:</b>	CL 28 C SUR 13 17	<b>CIUDAD:</b>	BOGOTÁ

**Manifiesto bajo la gravedad del juramento**

<b>NO tomaré costos y deducciones</b>	<b>( X )</b>
<b>SI tomaré costos y deducciones</b>	<b>( )</b>

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.

<b>Régimen Simple De Tributación: RESOLUCIÓN 00165 ARTICULO 12</b> Por la cual se debe informar por parte de los contribuyentes si optaron por el impuesto unificado bajo el Régimen Simple de Tributación.	<b>SI ( )</b>	<b>NO ( X )</b>
---	---------------	-----------------

<b>BANCO AL CUAL CONSIGNAR:</b>	BANCO CAJA SOCIAL	<b>TIPO DE CUENTA:</b>	AHORROS	<b>Nº CUENTA:</b>	24046571148
---------------------------------	-------------------	------------------------	---------	-------------------	-------------

**DATOS DEL PERIODO OBJETO DE PAGO**

<b>Nº DEL CONTRATO:</b>	PS 6056 2025	<b>VALOR CORRESPONDIENTE AL PERIODO OBJETO DE COBRO</b>	\$ 2,698,544
<b>FECHA DE INICIO CONTRATO</b>	30/07/2025	<b>FECHA DE TERMINACIÓN CONTRATO:</b>	30/09/2025
<b>PERIODO OBJETO DE COBRO:</b>	1/08/2025	AL	31/08/2025

*YAMILE RINCON CASTIBLANCO*

**NOMBRE Y FIRMA DEL CONTRATISTA: YAMILE RINCON CASTIBLANCO**

**CC:** 52,461,453  
**CEL:** 3157250419

**EL PROGRAMA DE EPS DE LA CAJA DE COMPENSACIÓN FAMILIAR  
COMPENSAR  
NIT 860.066.942-7**

**CERTIFICA QUE**

Que el(la) señor(a) YAMILE RINCON CASTIBLANCO identificado(a) con Cedula Ciudadania 52461453, se encuentra Cobertura Inicial en el Plan de Beneficios de Salud PBS, de la EPS Compensar como cotizante Independiente contrato de prestación según información contenida a la fecha en nuestra base de datos.

Fecha Afiliación	Fecha Retiro
20250701	No Registrada

El presente certificado se expide a solicitud del (la) interesado(a), a los 5 días del mes de Agosto de 2.025

**Observaciones:**

**Con destino a:**

A QUIÉN CORRESPONDA

Información sujeta a verificación por parte de COMPENSAR EPS, cualquier aclaración con gusto será atendida en la línea (601) 4441234 - Documento no válido como autorización de traslado ni aclaración de multifiliación en el SGSSS..

Cordialmente,  
COMPENSAR EPS.

Elaboró: PORTAL CORPORATIVO  
29475544

CER-AFI



LA ADMINISTRADORA DE RIESGOS LABORALES  
DE LA COMPAÑÍA DE SEGUROS BOLÍVAR S.A.

CERTIFICA QUE:

La empresa  
SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E.  
Identificada con NT No. 900959051

Se encuentra amparada en caso de accidente de trabajo y enfermedad laboral según lo dispuesto en la Ley 100 de 1993 y sus normas reglamentarias, a través del contrato de Riesgos Laborales número 1505666909409, a partir del 01 de Agosto del año 2024.

La(s) persona(s) que se relaciona(n) a continuación se encuentran en nuestra base de datos de la siguiente manera:

TIPO DE IDENTIFICACIÓN	NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN	NOMBRE DEL EMPLEADO	CENTRO DE TRABAJO	CLASE	TASA	FECHA INICIO COBERTURA	FECHA DE RETIRO	TIPO COTIZANTE	ESTADO
CC	52461453	YAMILE RINCON CASTIBLANCO	RIESGO 3	3	2.436%	29/07/2025	31/12/2025	IND CONTRATO PRESTACION DE SERVICIOS MAYOR A 1MES	ACTIVO

Se expide a solicitud del interesado el 28 de Julio del año 2025.

Firma Representante Legal

COLFONDOS S.A. PENSIONES Y CESANTIAS

CERTIFICA QUE:

El(la) Señor(a) YAMILE RINCON CASTIBLANCO identificado(a) con C.C No. 52.461.453, se encuentra afiliado(a) al Fondo Pensiones Obligatorias NIT 800.227.940-6.

Se expide la presente certificación a solicitud del afiliado(a) el día 08 de agosto del 2025.

El presente certificado es emitido como un archivo PDF y contiene una firma digitalizada válida para todos sus efectos de conformidad con lo dispuesto en la Ley 527 de 1999.

Cualquier inquietud adicional no dude en escribirnos a través de nuestro portal transaccional [www.colfondos.com.co](http://www.colfondos.com.co) opción PQR's, o comuníquese con nuestro Contact Center a través de las siguientes líneas Bogotá 601 748 48 88, Barranquilla 605 386 98 88, Bucaramanga 607 698 58 88, Cali 602 489 98 88, Cartagena 605 694 98 88, Medellín 604 604 28 88 y en el resto del país 01 800 05 10000.



Juan Perea Ruiz  
Gerente Cuentas y Recaudo

