

SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E
APOYO - GESTION DE CONTRATACION
FORMATO INFORME DE EJECUCION DE ACTIVIDADES DEL CONTRATO DE
PRESTACION DE SERVICIOS Y DE APOYO A LA GESTION

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

YURLEY STEFANY SILVA BARRETO

CON.CC.N°

1,023,943,263

OBJETO DEL CONTRATO:

PRESTAR SERVICIOS COMO PROFESIONAL UNIVERSITARIO EN 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 5125 2025

FECHA INICIO CONTRATO

31/03/2025

VALOR INICIAL DEL CONTRATO

\$ 12,794,035

No. HORAS EJECUTADAS

184

VALOR TOTAL DEL CONTRATO INCLUIDO ADICIONES:

\$ 26,328,832

VALOR DE HONORARIOS PERIODO A CERTIFICAR:

\$ 4,127,120

PLAZO TOTAL DEL CONTRATO INCLUIDO PRORROGAS

5 MESES 30 DIAS

UNIDAD FUNCIONAL EJECUCION DE ACTIVIDADES:

GSP PSPIC - INSTITUCIONAL
 2LV HOSPITAL LA VICTORIA

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)

ITEM	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: Desarrollar acciones en el Entorno Cuidador Institucional de acuerdo a los lineamientos establecidos por la secretaria de salud y cumplir con los direccionamientos establecidos desde el supervisor del contrato. 3. PRODUCTO (EVIDENCIA): Formatos de sesiones colectivas, caracterización y plan de seguimiento a las instituciones de persona mayor y centros días abordados
2	1. OBLIGACIÓN: Presentar mensualmente el cronograma de actividades a desarrollar. 2. ACTIVIDADES DESARROLLADAS: Diligenciamiento del cronograma mensualmente en el que se consignan las actividades programadas durante el mes siguiente acordes a las acciones establecidas en el lineamiento. 3. PRODUCTO (EVIDENCIA): Plan operativo cronograma mensual con acciones puntuales desarrolladas a lo largo del mes en medio magnetico
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: Apoyo en las actividades programadas y definidas al objeto del contrato para el mejoramiento continuo, las cuales se establecen según el cronograma mensual, así mismo la disponibilidad de las instituciones que serán abordadas. 3. PRODUCTO (EVIDENCIA): Soportes en carpetas de gestión documental: planes de seguimiento de instituciones de adulto mayor, fichas técnicas de los módulos realizados, listados de asistencia firmados por los participantes de las instituciones y los centros día
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 habitación y acreditación de servicios de salud. 2. ACTIVIDADES DESARROLLADAS: Apoyar las actividades programadas y definidas al objeto del contrato para el mejoramiento continuo que se generen en el marco de contingencias y sobre eventos de interés en salud pública, jornadas en salud y demás actividades que requieran acompañamiento por parte del entorno institucional. 3. PRODUCTO (EVIDENCIA): Soportes de bases de datos de intervenciones realizadas en las diferentes instituciones, base de seguimiento a proyectos de inversión
5	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. 2. ACTIVIDADES DESARROLLADAS: Cumplimiento a las metas y actividades programadas y realizar la entrega oportuna de la meta al 100% acorde a lo requerido, teniendo en cuenta la calidad de la información y desarrollando las intervenciones con ética profesional, así mismo se debe realizar una apropiación continua de las actividades realizadas en los diferentes productos. 3. PRODUCTO (EVIDENCIA): Listados de capacitaciones y re inducciones por parte de Sdis y apoyos al convenio, actas de apropiación conceptual del lineamiento.
6	1. OBLIGACIÓN: Desarrollar procesos de asistencia técnica desde los diferentes procesos del Plan de Intervenciones Colectivas conforme a su saber disciplinar y profesional, en función de los requerimientos de los entornos y procesos transversales. 2. ACTIVIDADES DESARROLLADAS: Seguimiento a lineamientos, caja de herramientas y ficha técnica, acorde a la vigencia actual, así mismo actividades mensuales realizadas por el entorno para entrenamiento a capacidades, que incluyen asistencias técnicas y recapitaciones. 3. PRODUCTO (EVIDENCIA): Participación en actualización o novedades del lineamiento realizadas desde SDS y la ejecución estratégica y táctica del entorno. Actas de Apropiación de lineamientos, listados de asistencia a reunion mensual del entorno

7	<p>1. OBLIGACIÓN: Realizar revisión y responder por los formatos, documentos, bases o informes generados como resultado de las acciones o intervenciones realizadas en cumplimiento a los anexos y lineamientos técnicos del convenio PSPIC vigente y suscrito entre el FDS y la Subred.</p> <p>2. ACTIVIDADES DESARROLLADAS: Productos debidamente organizados y archivados con la documentación general, en el cumplimiento de sus acciones, de acuerdo a la normatividad y tabla de retención documental, así mismo bases de datos con entregas oportunas según la necesidad y el direccionamiento del convenio, informe trimestral de cumplimiento de las acciones del producto</p> <p>3. PRODUCTO (EVIDENCIA): Carpetas con los diferentes soportes correspondientes al proceso. "formatos de sesiones colectivas, formatos de plan de cuidado institucional, fichas metodológicas, Formato de Actas, bases de datos de registro de sesiones en los centros día y las instituciones de persona mayor</p>
8	<p>1. OBLIGACIÓN: Participar y gestionar los acercamientos comunitarios e institucionales que se requieran, para el desarrollo de las acciones de cada Espacio y/o Proceso Transversal del PSPIC.</p> <p>2. ACTIVIDADES DESARROLLADAS: Realizar proceso de notificación acorde de los casos identificados durante el desarrollo de actividades según la necesidad y el requerimiento por parte de las instituciones.</p> <p>3. PRODUCTO (EVIDENCIA): Notificación de usuarios con eventos de interés en salud pública en formatos diligenciados durante las intervenciones, canalizaciones pertinentes según la necesidad de los usuarios</p>
9	<p>1. OBLIGACIÓN: Activar y notificar los eventos de interés en salud pública detectados en cada una de sus intervenciones.</p> <p>2. ACTIVIDADES DESARROLLADAS: Notificación oportuna interinstitucional a los distintos subsistemas sivism, sivecos, silveco, según la necesidad de las instituciones aboradas, activación oportuna de RIAS según la identificación diaria en los diferentes procesos</p> <p>3. PRODUCTO (EVIDENCIA): Activación de canalizaciones enviadas al correo pertinente, envío de fichas de notificación según corresponda</p>
10	<p>1. OBLIGACIÓN: Participar en las asistencias técnicas convocadas por SDS de acuerdo a los procesos asignados y conforme a las actividades, metas y productos establecidos en los anexos y lineamientos técnicos del convenio PSPIC vigente y suscrito entre el FDS y la Subred.</p> <p>2. ACTIVIDADES DESARROLLADAS: Realizar proceso de canalización a los usuarios que requieren acceso a servicios para detección temprana o procesos de diagnóstico</p> <p>3. PRODUCTO (EVIDENCIA): Base de canalizaciones, formato excel de canalizaciones, Archivo plano de canalizaciones.</p>
11	<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: Cumplir con las obligaciones contractuales asignadas con calidad de la información, realizando la verificación a los soportes, para la entrega de productos en la preauditoria y organizando los soportes acorde a la factura para la presentación de los mismos.</p> <p>3. PRODUCTO (EVIDENCIA): Soportes organizados para la presentación de la auditoria, entrega de cajas correspondientes a la gestión documental, base fluid.</p>
12	<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: Apoyo a las obligaciones asignadas por el supervisor del contrato.</p> <p>3. PRODUCTO (EVIDENCIA): Soportes físicos de la actividad correspondiente a plan de seguimiento, fichas técnicas de las actividades realizadas, listados de sesiones realizadas firmados por los usuarios, actas y firmas correspondientes a las demás obligaciones que se pueden generar en el contrato</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 01/09/2025 al 30/09/2025

IV. INFORMACIÓN DE APORTES A SEGURIDAD SOCIAL

No. DE PLANILLA:	89409412 ✓	OPERADOR:	MI PLANILLA ✓
CONCEPTO DEL PAGO	ENTIDAD	FECHA DE PAGO	VALOR PAGADO
SALUD:	COMPENSAR	12/09/2025 ✓	\$ 206,400
PENSIÓN:	COLPENSIONES	12/09/2025 ✓	\$ 264,200
RIESGOS LABORALES:	BOLIVAR	12/09/2025 ✓	\$ 40,300
OTRO:	CCF COMPENSAR	12/09/2025 ✓	\$ 33,100
TOTAL PAGADO:			\$ 544,000

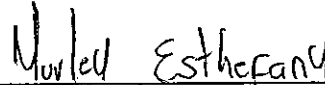


V. DECLARACIONES DEL CONTRATISTA

- 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.

<p>NOMBRE Y FIRMA DEL CONTRATISTA</p>	 YURLEY STEFANY SILVA BARRETO CC: 1023943263
<p>FIRMA DE QUIEN VALIDA</p>	 LUZ ADRIANA CALDERON RAMIREZ SUPERVISOR ALTERNO
<p>FIRMA DE QUIEN CONVALIDA EL CUMPLIMIENTO DE LAS OBLIGACIONES PARA EL PRESENTE PERIODO DE PAGO</p>	 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: 30/09/2025

NOMBRES Y APELLIDOS:	YURLEY STEHFANY SILVA BARRETO	CC:	1,023,943,263
CORREO ELECTRÓNICO:	ysilvab2@gmail.com	TELÉFONO:	3112789953
DIRECCIÓN DOMICILIO:	CL 27 SUR 1A 40 ESTE	CIUDAD:	BOGOTÁ

Manifiesto bajo la gravedad del juramento

NO tomaré costos y deducciones	<input checked="" type="checkbox"/> (X)
SI tomaré costos y deducciones	<input type="checkbox"/> ()

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.

BANCO AL CUAL CONSIGNAR:	SCOTIABANK COLPATRIA	TIPO DE CUENTA:	AHORROS	Nº CUENTA:	004672010240
---------------------------------	----------------------	------------------------	---------	-------------------	--------------

DATOS DEL PERIODO OBJETO DE PAGO

Nº DEL CONTRATO:	PS 5125 2025	VALOR CORRESPONDIENTE AL PERIODO OBJETO DE COBRO	\$ 4,127,120
FECHA DE INICIO CONTRATO:	31/03/2025	FECHA DE TERMINACIÓN CONTRATO:	30/09/2025 ✓
PERIODO OBJETO DE COBRO	1/09/2025 ✓	AL	30/09/2025 ✓

Yurley Esthefany

NOMBRE Y FIRMA DEL CONTRATISTA: YURLEY STEHFANY SILVA BARRETO
CC: 1,023,943,263
CEL: 3112789953

DATOS DEL APORTANTE						
TIPO	NÚMERO	NOMBRE APORTANTE	DIRECCIÓN	TELÉFONO	CORREO	EXONERADO PAGO PARAFISCALES Y SALUD
CC	1023943263	YURLEY STHEFANY SILVA BARRETO	Calle 27 sur 1 a -40 este	3625832	esthefany-2706@hotmail.com	
FORMA PRESENTACIÓN	CLASE APORTANTE	NOMBRE SUCURSAL	CÓDIGO	DEPARTAMENTO	CIUDAD / MUNICIPIO	
ÚNICA	1 - Independiente			BOGOTÁ D. C.	BOGOTÁ, D.C.	

DATOS DE LA PLANILLA					
PLANILLA ASOCIADA	FECHA PAGO ASOCIADA (DÍAS/MES/AÑO)	TIPO PLANILLA	FECHA PAGO (DÍAS/MES/AÑO)	NÚMERO PLANILLA	CANTIDAD
					EMPLEADOS 1
					UPC 0
					TOTAL A PAGAR
2025-08	2025-08	I	12/09/2025	89409412	\$544.000

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	206.400	0	0	0	0	0	0	0	0	206.400	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										
14-7	Seguros Bolivar S.A.	860002503-2	40.300			40.300	40.300	0	40.300	40.300		403	403	40.300	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	206.400	206.400
Pensión	1	264.200	264.200
Riesgos Laborales	1	40.300	40.300
CCF	1	33.100	33.100
ESAP	0	0	0
ICBF	0	0	0
MEN	0	0	0
SENA	0	0	0
TOTALES	4	544.000	544.000

PLANILLA INTEGRADA DE AUTOLIQUIDACION DE APORTES

DATOS DEL APORTANTE						
TIPO	NÚMERO	NOMBRE APORTANTE	DIRECCIÓN	TELÉFONO	CORREO	EXONERADO PAGO PARAFISCALES Y SALUD
CC	1023943263	YURLEY STHEFANY SILVA BARRETO	Calle 27 sur 1 a -40 este	3625632	esthefany-2706@hotmail.com	
FORMA PRESENTACIÓN	CLASE APORTANTE	NOMBRE SUCURSAL	CÓDIGO	DEPARTAMENTO	CIUDAD / MUNICIPIO	
ÚNICA	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 1 0 UPC 1 0
					TOTAL A PAGAR \$544.000
PERIODO SALUD	PERIODO PENSIONES				
2025-08	2025-08	I	12/09/2025	89409412	

DETALLE POR COTIZANTE																																		
INFORMACIÓN COTIZANTE				INFORMACIÓN NOVEDADES										PENSION				SALUD		RIESGOS LABORALES				CCF		PARAFISCALES								
No.	Tipo	No. de Identificación	Apellidos y Nombres	Edad	Sexo	ESTADO CIVIL	ESTADO LABORAL	ESTADO DE SALUD	ESTADO DE PENSION	ESTADO DE RIESGOS LABORALES	ESTADO DE CCF	ESTADO DE PARAFISCALES	Cód. AFP	IBC AFP	Cotización	Voluntario o Afiliado	Voluntario Aportante	Fondo pensional de subsidios	Fondo pensional de subsistencia	Cód. EPS	IBC EPS	Cotización/Valor UPC	Cód. ARL	IBC ARL	Cotización	Código CCF	IBC CCF	Aporte CCF	IBC otros parafiscales	Aporte SENA	Aporte ICSF	Aporte ESAP	Aporte MEN	
1	CC	1023943263	SILVA BARRETO YURLEY STHEFANY	59	F	N							25-14	1.650.848	294.200	0	0	0	0	EP5008	1.650.848	208.400	14-7	1.650.848	3	40.300	CCF24	1.550.848	33.100	0	0	0	0	0

PAGADA

