		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					
VILMA NORELA MAYO MURILLO					
CON CC: N°			1,024,507,833		
OBJETO DEL CONTRATO:		PRESTAR SERVICIOS COMO PROFESIONAL UNIVERSITARIO EN PSICOLOGIA 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 4303 2025	FECHA INICIO CONTRATO		22/01/2025
VALOR INICIAL DEL CONTRATO		\$ 21,456,663	No. HORAS EJECUTADAS	10	
VALOR TOTAL DEL CONTRATO INCLUIDO ADICIONES:		\$ 35,110,523		VALOR DE HONORARIOS PERÍODO A CERTIFICAR:	\$ 224,300
PLAZO TOTAL DEL CONTRATO INCLUIDO PRORROGAS		8 MESES 8 DIAS			
UNIDAD FUNCIONAL EJECUCIÓN DE ACTIVIDADES:			GSP PSPIC - LABORAL 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)					
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 actividades propuestas en el entorno laboral durante el mes en curso , como son : brindar asesoría para el cuidado y la protección de la salud mental en niños, niñas y adolescentes y asesorías en promoción del cuidado de la salud con énfasis en prevención de factores de riesgo en salud mental. 3. PRODUCTO (EVIDENCIA): Formatos de NNA y UTIS				
2	1. OBLIGACIÓN: Presentar mensualmente el cronograma de actividades a desarrollar. 2. ACTIVIDADES DESARROLLADAS: Presentación y actualización de cronograma de actividades de manera mensual 3. PRODUCTO (EVIDENCIA): Cronograma en magnético-Drive https://docs.google.com/spreadsheets/d/1cEjnF2Eo/edit?				
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: Brindar apoyo de las actividades programadas por el entorno laboral en pro del cumplimiento de las metas y demás actividades que disponga el líder del entorno. 3. PRODUCTO (EVIDENCIA): Acta y listado de asistencia				
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: Brindar asesorías de promoción del cuidado de la salud mental en Niños , niñas y adolescentes , y a los trabajadores de la economía informal en unidades de trabajo de alto , mediano y bajo impacto. 3. PRODUCTO (EVIDENCIA): Formatos de NNA y UTIS				
5	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 profesional y conforme a los anexos y lineamientos técnicos que hagan parte de la relación contractual entre el FDS y la Subred. 2. ACTIVIDADES DESARROLLADAS: Brindar asesorías de promoción del cuidado de la salud mental en Niños , niñas y adolescentes , y a los trabajadores de la economía informal en unidades de trabajo de alto , mediano y bajo impacto. 3. PRODUCTO (EVIDENCIA): Formatos de NNA y UTIS				
6	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: Se realiza lectura a los lineamientos de la nueva vigencia y demás material de apoyo para la ejecución de actividades. 3. PRODUCTO (EVIDENCIA): Acta y listado de asistencia				

7	<p>1. OBLIGACIÓN: Realizar revisión y responder por los formatos de captura, documentos, bases o informes generados como resultado de 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: Validación de formatos con calidad que garanticen la información correspondiente al desarrollo de las actividades ejecutadas</p> <p>3. PRODUCTO (EVIDENCIA): Formatos de NNA y UTIS, base Link desescolarizados Link migrantes https://docs.google.com/spreadsheets/d/1pZF5tkIOeKRREQNRIVu7kQmTc1R6uea/edit?pli=1&gid=683148795#gid=683148795 Link gestantes https://docs.google.com/spreadsheets/d/1sm1TM3naKeFGeyLYxmaWAVc2O_J5KubC/edit?usp=drivesdk&ouid=107508276897374635717&rtopf=true&sd=true</p>
8	<p>1. OBLIGACIÓN: Notificar los eventos de interés en salud pública detectados en cada una de sus intervenciones.</p> <p>2. ACTIVIDADES DESARROLLADAS: se realiza canalización sectorial e intersectorial y agendamiento a usuarios de eps Capital salud teniendo en cuenta rutas de atención integral en salud y población a abordar.</p> <p>3. PRODUCTO (EVIDENCIA): Formato de excel al correo de canalizaciones : canalizacioneslaboral@subredcentrooriente.gov.co link de agendamiento https://forms.office.com/r/FGYrtPy5UX?origin=lprLink</p>
9	<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: Se realiza gestión documental mensual de acuerdo a las necesidades desarrolladas y auditadas en el proceso anterior</p> <p>3. PRODUCTO (EVIDENCIA): Acta y listado de asistencia</p>
10	<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 Pública, GESI, ACCVSYE, Notificación de EISP y Participación Social.</p> <p>2. ACTIVIDADES DESARROLLADAS: se realiza canalización sectorial e intersectorial y agendamiento a usuarios de eps Capital salud teniendo en cuenta rutas de atención integral en salud y población a abordar.</p> <p>3. PRODUCTO (EVIDENCIA): Formato de excel al correo de canalizaciones : canalizacioneslaboral@subredcentrooriente.gov.co link de agendamiento https://forms.office.com/r/FGYrtPy5UX?origin=lprLink</p>
11	<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: Realizar revisión detallada de los soportes de las intervenciones teniendo en cuenta el adecuado diligenciamiento con calidad y oportunamente</p> <p>3. PRODUCTO (EVIDENCIA): Formatos de NNA y UTIS</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: Asistir o apoyar las diferentes actividades que hagan parte de los procesos trasversales de la subred centro oriente</p> <p>3. PRODUCTO (EVIDENCIA): Acta y listado de asistencia</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:	9490331774	OPERADOR:	APORTES EN LINEA ✓	
CONCEPTO DEL PAGO	ENTIDAD	FECHA DE PAGO	VALOR PAGADO	
SALUD:	SALUD TOTAL	15/08/2025 ✓	\$	253,500
PENSIÓN:	COLPENSIONES	15/08/2025 ✓	\$	324,500
RIESGOS LABORALES:	SURA	15/09/2025 ✓	\$	49,400
OTRO				
TOTAL PAGADO			\$	627,400

V. DECLARACIONES DEL CONTRATISTA

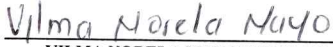
- 1.- Que desarrollé las actividades descritas en el informe anexo, dentro del período de cobro.
- 2.- Que realicé el pago de la Seguridad Social donde el IBC se calculó sobre el 40% de los ingresos cancelados del mes anterior pago del cual anexo copia simple, sin que en ningún caso el IBC sea menor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

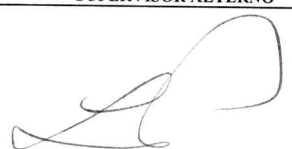
NOMBRE Y FIRMA DEL CONTRATISTA

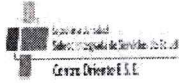

VILMA NORELA MAYO MURILLO
CC: 1024507833

FIRMA DE QUIEN VALIDA


JEAN PAUL ALARCON BARRAGAN
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: 30/09/2025

NOMBRES Y APELLIDOS:	VILMA NORELA MAYO MURILLO	CC:	1,024,507,833
CORREO ELECTRÓNICO:	mayonorela@gmail.com	TELÉFONO:	3112695141
DIRECCIÓN DOMICILIO:	KR 48 C 68C 22 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:	BANCOLOMBIA	TIPO DE CUENTA:	AHORROS	Nº CUENTA:	9127080664
--------------------------	-------------	-----------------	---------	------------	------------

DATOS DEL PERIODO OBJETO DE PAGO

Nº DEL CONTRATO:	PS 4303 2025	VALOR CORRESPONDIENTE AL PERIODO OBJETO DE COBRO	\$ 224,300
FECHA DE INICIO CONTRATO	22/01/2025	FECHA DE TERMINACIÓN CONTRATO:	30/09/2025
PERIODO OBJETO DE COBRO:	1/08/2025	AL	31/08/2025

Vilma Norela Mayo

NOMBRE Y FIRMA DEL CONTRATISTA: VILMA NORELA MAYO MURILLO

CC: 1,024,507,833

CEL: 3112695141

DATOS GENERALES DEL APORTANTE

Identificación	dv	Razon Social	Clase Aportante	Sucursal Principal	Direccion	Ciudad-Departamento	Teléfono	Exonerado SENA e ICBF
CC 1024507833		MAYO MURILLO VILMA NORELA	INDEPENDIENTE	PRINCIPAL	Carrera 48C # 68C-22 sur	BOGOTA-BOGOTA D.E.	5555555	No

DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION

Periodo		Clave		Tipo	Fecha		Pago		
Pensión	Salud	Pago	Planilla	Planilla	Limite	Pago	Banco	Dias Mora	Valor
2025-07	2025-07	46116390	9490331774	I	2025/08/11	2025/08/15	BANCO DE OCCIDENTE	4	\$629,200

LIQUIDACION DETALLADA DE APORTES

EMPLEADO				PENSION				SALUD				CCF				RIESGOS				PARAFISCALES	
No.	Identificación	Nombres	Codigo	Dias	IBC	Aporte	Codigo	Dias	IBC	Aporte	Codigo	Dias	IBC	Aporte	Codigo	Dias	IBC	Aporte	Dias	IBC	Aporte
Sucursal: PRINCIPAL (1 Afiliados)					\$2,027,672	\$324,500			\$2,027,672	\$253,500			\$0	\$0			\$2,027,672	\$49,400		\$0	\$0
Centro de Trabajo: PRINCIPAL (1 Afiliados)					\$2,027,672	\$324,500			\$2,027,672	\$253,500			\$0	\$0			\$2,027,672	\$49,400		\$0	\$0
Ciudad: BOGOTA Depto: BOGOTA D.E. (1 Afiliados)					\$2,027,672	\$324,500			\$2,027,672	\$253,500			\$0	\$0			\$2,027,672	\$49,400		\$0	\$0
1	CC	1024507833	MAYO VILMA	25-14	30	\$2,027,672	\$324,500	EPS002	30	\$2,027,672	\$253,500	0	\$0	\$0	14-11	30	\$2,027,672	\$49,400	0	\$0	\$0
Total Afiliados(1)					\$2,027,672	\$324,500			\$2,027,672	\$253,500			\$0	\$0			\$2,027,672	\$49,400		\$0	\$0

DATOS GENERALES DEL APORTANTE

Identificación	dv	Razon Social	Clase Aportante	Sucursal Principal	Direccion	Ciudad-Departamento	Teléfono	Exonerado SENA e ICBF
CC 1024507833		MAYO MURILLO VILMA NORELA	INDEPENDIENTE	PRINCIPAL	Carrera 48C # 68C-22 sur	BOGOTA-BOGOTA D.E.	5555555	No

DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION

Periodo		Clave		Tipo	Fecha		Pago		
Pensión	Salud	Pago	Planilla	Planilla	Limite	Pago	Banco	Dias Mora	
2025-07	2025-07	46116390	9490331774	I	2025/08/11	2025/08/15	BANCO DE OCCIDENTE	4	
								Valor	\$629,200

RESUMEN DE PAGO

RIESGO	CODIGO	NIT	DV	AFILIADOS	VALOR LIQUIDADO	INTERESES MORA	SALDOS E INCAPACIDADES	VALOR A PAGAR
AFP (ADMINISTRADORAS: 1)				1	\$324,500	\$900	\$0	\$325,400
COLPENSIONES	25-14	900,336,004	7	1	\$324,500	\$900	\$0	\$325,400
ARL (ADMINISTRADORAS: 1)				1	\$49,400	\$200	\$0	\$49,600
ARL SURA	14-11	890,903,790	5	1	\$49,400	\$200	\$0	\$49,600
EPS (ADMINISTRADORAS: 1)				1	\$253,500	\$700	\$0	\$254,200
SALUD TOTAL	EPS002	800,130,907	4	1	\$253,500	\$700	\$0	\$254,200
TOTAL				1	\$627,400	\$1,800	\$0	\$629,200

CORRESPONSAL BANCARIO
BANCO DE OCCIDENTE SA

Puntored no te cobra por esta transa

PAGO DE PLANILLAS

TRANSACCION EXITOSA

Fecha	15/08/2025 ✓
Hora	12:07:27
Terminal	400448
Cod. Convenio	1506
Comercio	568147
No. aprob Banco	116390
Referencia	9490331774 ✓
No. aprob Puntored	001231137388 ✓
Valor	\$629,200
Usuario de Venta	JASMINE GUISELL DU

Línea de atención Nacional
01 8000 512825 Opción 2 Email:
corresponsalesaval@ventasyservicios

BANCO DE OCCIDENTE
VIGILADO SUPERINTENDENCIA
FINANCIERA DE COLOMBIA