

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

MARIA CAMILA HUERTAS VARGAS

CON CC: N°

1,032,358,429

OBJETO DEL CONTRATO:

PRESTAR SERVICIOS COMO TECNICO AUXILIAR DE 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 N.º

PS 5166 2025

FECHA INICIO CONTRATO

01/04/2025⁸**VALOR INICIAL DEL CONTRATO**

\$ 7,381,344

No. HORAS
EJECUTADAS

86

**VALOR TOTAL DEL CONTRATO
INCLUIDO ADICIONES:**

\$ 15,252,820

VALOR DE HONORARIOS PERÍODO A CERTIFICAR:	
--	--

\$ 1,187.058

**PLAZO TOTAL DEL CONTRATO
INCLUIDO PRORROGAS**

5 MESES 29 DIAS

UNIDAD FUNCIONAL EJECUCIÓN DE ACTIVIDADES:

GSP PSPIC - EDUCATIVO
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: Reunión de socialización de meta del mes de agosto 2025

3. PRODUCTO (EVIDENCIA): Acta de participación con listado de asistencia en custodia de la coordinación

2

1. OBLIGACIÓN: Presentar mensualmente el cronograma de actividades a desarrollar
2. ACTIVIDADES DESARROLLADAS: Elaboración de Cronograma de Actividades del mes de AGOSTO 2025 con actualización periódica
3. PRODUCTO (EVIDENCIA): Cronograma Digital y físico en custodia de la coordinación

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 realiza diligenciamiento de formatos digitales de revisión de antecedentes de esquema vacunal propios de la intervención base nominal de menores.

3. PRODUCTO (EVIDENCIA): Drive de seguimientos telefónicos a estudiantes priorizados por base de SDS.

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: Participación en la reunión del Entorno Cuidador Educativo programada para el mes de AGOSTO 2025
3. PRODUCTO (EVIDENCIA): Acta de participación con listado de asistencia en custodia de la coordinación

E

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: Participación en la reunión de socialización de lineamientos enviados por la secretaria distrital de salud para el convenio.
3. PRODUCTO (EVIDENCIA): Acta de participación con listado de asistencia.

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 convenio Interadministrativo PSPIC
2. ACTIVIDADES DESARROLLADAS: Se realizan acciones a la población escolar asignada por base de SDS, de usuarios no vacunados, en la cual se verifica antecedente vacunal y se realiza actualización a cohortes desde aplicativo PAI 2.0
3. PRODUCTO (EVIDENCIA): Durante el mes correspondiente se ejecutaron actas de apropiación conceptual, listado de asistencia

2

1. **OBLIGACIÓN:** Realizar con calidad y oportunidad los procesos de captura del dato, revisión y custodia de los formatos, documentos y/o bases de datos y aplicativos, que correspondan a las acciones o intervenciones realizadas de acuerdo a los lineamientos técnicos de los entornos y procesos transversales del convenio Interadministrativo PSPIC.

2. **ACTIVIDADES DESARROLLADAS:** Durante el mes de AGOSTO 2025 se realizan los respectivos informes y solicitudes propias a los lineamientos de SDS y a los compromisos adquiridos con los mismos

3. **PRODUCTO (EVIDENCIA):** Carpeta digital del producto compartida con el apoyo del entorno

8

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, ACCVSe, Notificación de EISP y Participación Social.
2. **ACTIVIDADES DESARROLLADAS:** Se activarán aquellos niños con antecedentes vacunales incompletos para ser visitados por PAI Extramural y garantizar sus vacunas, así mismo como realizar proceso de canalizaciones de acuerdo a las necesidades priorizadas e identificadas
3. **PRODUCTO (EVIDENCIA):** Drive de seguimientos telefónicos a estudiantes priorizados por base de SDS y Formato de canalización y seguimiento enviado vía correo electrónico a canalizaciones

9

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: Hasta el mes de AGOSTO 2025 no se han obtenido glosas para el producto o proceso ejecutado, cumpliendo con oportunidad y calidad con los productos solicitados en lineamiento bajo el convenio interadministrativo PSPIC y FFDS_SDS

3. PRODUCTO (EVIDENCIA): Durante el mes correspondiente no se ha obtenido ninguna glosa del proceso

15

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 realizan actividades requeridas de acuerdo a la necesidad de la ejecución del contrato.

3. **PRODUCTO (EVIDENCIA):** Soportes requeridos de acuerdo a la actividad

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:	88475005	OPERADOR:	MI PLANILLA
CONCEPTO DEL PAGO	ENTIDAD	FECHA DE PAGO	VALOR PAGADO
SALUD:	SALUD TOTAL	19/08/2025	\$ 178,000
PENSIÓN:	COLPENSIONES	19/08/2025	\$ 227,800
RIESGOS LABORALES:	SURA	19/08/2025	\$ 34,700
OTRO			
TOTAL PAGADO			\$ 440,500

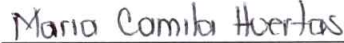
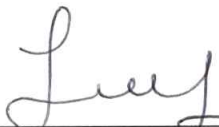
V. DECLARACIONES DEL CONTRATISTA

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

NOMBRE Y FIRMA DEL CONTRATISTA	 MARIA CAMILA HUERTAS VARGAS CC: 1032358429
FIRMA DE QUIEN VALIDA	 YOHNNY LIRIOLA HERNÁNDEZ GARCIA 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 - 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: 30/09/2025

NOMBRES Y APELLIDOS:	MARIA CAMILA HUERTAS VARGAS	CC:	1,032,358,429
CORREO ELECTRÓNICO:	camilahuertas475@gmail.com	TELÉFONO:	3025980661
DIRECCIÓN DOMICILIO:	CL 40 SUR 94 03	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 AV VILLAS	TIPO DE CUENTA:	AHORROS	Nº CUENTA:	677969433
--------------------------	-----------------	-----------------	---------	------------	-----------

DATOS DEL PERIODO OBJETO DE PAGO

Nº DEL CONTRATO:	PS 5166 2025	VALOR CORRESPONDIENTE AL PERIODO OBJETO DE COBRO	\$ 1,187,058
FECHA DE INICIO CONTRATO	01/04/2025	FECHA DE TERMINACIÓN CONTRATO:	30/09/2025
PERIODO OBJETO DE COBRO:	1/08/2025	AL	31/08/2025

Maria Camila Huertas Vargas

NOMBRE Y FIRMA DEL CONTRATISTA: MARIA CAMILA HUERTAS VARGAS

CC: 1,032,358,429

CEL: 3025980661

PLANILLA INTEGRADA DE AUTOLIQUIDACION DE APORTES

PAG 1 de 2

DATOS DEL APORTANTE									
TIPO	NÚMERO	NOMBRE APORTANTE	DIRECCIÓN	TÉLEFONO	CORREO	EXONERADO PAGO PARAFISCALES Y SALUD			
CC	1032358429	MARIA CAMILA HUERTAS VARGAS	calle 40 sur 94- 03	301-56866	camilahuertas475@gmail.com				
FORMA PRESENTACIÓN	CLASE APORTANTE	NOMBRE SUCURSAL	CÓDIGO	DEPARTAMENTO	CIUDAD / MUNICIPIO				
ÚNICA	1 - Independiente			BOGOTÁ D. C.	BOGOTÁ D.C.	NO			

DATOS DE LA PLANILLA						
PLANILLA ASOCIADA	FECHA PAGO ASOCIADA (DIAMES/AÑO)	TIPO PLANILLA	FECHA PAGO (DIAMES/AÑO)	NÚMERO PLANILLA	CANTIDAD	
					EMPLERADOS	UPC
					1	0
					TOTAL A PAGAR	
2025-07	2025-07	1	19/08/2025	88475005	\$442.900	

TOTALES POR SUBSISTEMAS

TOTALES SALUD												
Código EPS	Nombre	NIT	Cotización Obligatoria	UPC Adicional	Incapacidades		Licencia Maternidad		Días Mora	Valor Mora Cotización	Valor Mora UPC	No. Afiliados
					No. Autorización	Valor	No. Autorización	Valor				
EPS002	Salud Total EPS	800130907-4	178.000	0		0		0	8	1.000	0	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	8	1.200	0	228.000	1

TOTALES RIESGOS LABORALES

Código ARL	Nombre	NIT	Cotización Obligatoria	Incapacidades	Aportes Otros	Valor Neto Cotización	Días Mora	Valor Mora Cotización	Valor Saldo a Favor	Fondo Solidaridad	Total a Pagar	No. Afiliados
14-11	ARL SURA	890803790-5	34.700	No. Autorización	Valor	34.700	8	200	34.900	347	34.900	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
0	8	0	0	0
0	8	0	0	0

TOTALES POR SUBSISTEMA				
Tipo Administradora	No. Administradoras Reportadas	Valor antes de ICE, LMA, IRP y Mora	Total a Pagar	
Salud	1	178.000	178.000	
Pensión	1	227.800	228.000	
Riesgos Laborales	1	34.700	34.900	
CCF	0	0	0	
ESAP	0	0	0	
ICBF	0	0	0	
MEN	0	0	0	
SENA	0	0	0	
TOTALES	3	440.500	442.900	

[illegible]



Maria Camila Huertas Vargas <camilahuertas475@gmail.com>

PSE - Transacción Aprobada ☒ **CUS 1706873234**

1 mensaje

serviciopse@achcolombia.com.co <serviciopse@achcolombia.com.co>
Para: camilahuertas475@gmail.com

16 de agosto de 2025, 14:58

**¡Hola, María Camila huertas vargas!** ✓**Estado de la Transacción:** **Aprobada** ✓

Los siguientes son los datos de tu transacción:

Valor: \$ 442.900 ✓**Empresa:** COMPENSAR-OI ✓**Descripción:** MiPlanilla.com Pago Proteccion Social**Fecha de la transacción:** 16/08/2025 ✓**CUS:** 1706873234 ✓

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.



Recuerda que PSE nunca te contactará para solicitarte información personal.