



**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**

**PATRICIA CHALA MARTINEZ**

CON CC: N°

52,361,087

**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 5122 2025

**FECHA INICIO CONTRATO**

31/03/2025

**VALOR INICIAL DEL CONTRATO**

\$ 4,920,602

**No. HORAS EJECUTADAS**

184

**VALOR TOTAL DEL CONTRATO INCLUIDO ADICIONES:**

\$ 9,479,307

**VALOR DE HONORARIOS PERÍODO A CERTIFICAR:**

\$ 1,587,368

**PLAZO TOTAL DEL CONTRATO INCLUIDO PROROGAS**

5 MESES 30 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: Asistir a la entrega de meta correspondiente al mes de septiembre  
 3. PRODUCTO (EVIDENCIA): Reunión de socialización de meta del mes.

2

1. OBLIGACIÓN: Presentar mensualmente el cronograma de actividades a desarrollar.  
 2. ACTIVIDADES DESARROLLADAS: Entrega de cronograma mensual correspondiente al mes septiembre  
 3. PRODUCTO (EVIDENCIA): Cronograma actualizado diariamente en el drive con información detallada de la sesión educativa del día que realizara cada profesional el lugar y hora donde se efectuara.

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: Realizar convocatoria a la comunidad y grupos estudiantiles para aplicar la asistencia a las actividades implementadas por el equipo. Concertación de cronogramas mensuales por cada institución educativa y grupos comunitarios a intervenir. Planteamientos del plan de acción a ejecutar por cada institución educativa y grupo comunitario concertado  
 3. PRODUCTO (EVIDENCIA): Actas. Listados

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 fiabilidad y acreditación de servicios de salud.  
 2. ACTIVIDADES DESARROLLADAS: Asistencia a la reunión de entorno cuidador educativo.  
 3. PRODUCTO (EVIDENCIA): Listado de asistencia

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: Realizar convocatoria y acercamiento a los espacios concretados para el desarrollo de las actividades  
 3. PRODUCTO (EVIDENCIA): Actas, listados

6

1. OBLIGACIÓN: Organizar el archivo de la documentación generada de acuerdo a la normatividad y tabla de retención documental  
 2. ACTIVIDADES DESARROLLADAS: Realizar archivo de las acciones realizadas durante la vigencia y de acuerdo a la tabla de retención documental  
 3. PRODUCTO (EVIDENCIA): FUID y unidades de conservación

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: a la fecha no programado esta actividad  
 3. PRODUCTO (EVIDENCIA): Para este periodo no hay programadas asistencias técnicas desde el entorno.

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: Hasta el mes de septiembre del 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

- 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: Realizar acciones y actividades requeridas dentro del entorno educativo.
  3. PRODUCTO (EVIDENCIA): Soportes de acuerdo a la actividad realizada

**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 **01/09/2025** al **30/09/2025**

**IV. INFORMACIÓN DE APORTES A SEGURIDAD SOCIAL**



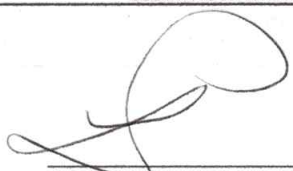
<b>No. DE PLANILLA:</b>	9491253016 /	<b>OPERADOR:</b>	APORTES EN LINEA /
<b>CONCEPTO DEL PAGO</b>	<b>ENTIDAD</b>	<b>FECHA DE PAGO /</b>	<b>VALOR PAGADO</b>
<b>SALUD:</b>	COMPENSAR	11/09/2025 /	\$ 178,000
<b>PENSIÓN:</b>	PORVENIR	11/09/2025 /	\$ 227,800
<b>RIESGOS LABORALES:</b>	BOLIVAR	11/09/2025 /	\$ 34,700
<b>OTRO</b>			
<b>TOTAL PAGADO</b>			<b>\$ 440,500</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 ningun 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 fotograficasy/o documentales que soporten las actividades realizadas en el periodo correspondiente

<b>NOMBRE Y FIRMA DEL CONTRATISTA</b>	 <b>PATRICIA CHALA MARTINEZ</b> CC: 52361087
<b>FIRMA DE QUIEN VALIDA</b>	 <b>JOHNNY LIRIOLA HERNANDEZ GARCIA</b> SUPERVISOR ALTERNO
<b>FIRMA DE QUIEN CONVALIDA EL CUMPLIMIENTO DE LAS OBLIGACIONES PARA EL PRESENTE PERIODO DE PAGO:</b>	 <b>LIDA ESPERANZA MONTENEGRO PARRA</b> 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**

<b>NOMBRES Y APELLIDOS:</b>	PATRICIA CHALA MARTINEZ	<b>CC:</b>	52,361,087
<b>CORREO ELECTRÓNICO:</b>	patricia76chala@gmail.com	<b>TELÉFONO:</b>	3197838886
<b>DIRECCIÓN DOMICILIO:</b>	CL 43 SUR 7A 79 ESTE	<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:</b> 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.	<b>SI ( )</b>	<b>NO ( X )</b>
---	---------------	-----------------

<b>BANCO AL CUAL CONSIGNAR:</b>	BANCO DAVIVIENDA	<b>TIPO DE CUENTA:</b>	AHORROS	<b>Nº CUENTA:</b>	008480343865
---------------------------------	------------------	------------------------	---------	-------------------	--------------

**DATOS DEL PERIODO OBJETO DE PAGO**

<b>Nº DEL CONTRATO:</b>	PS 5122 2025	<b>VALOR CORRESPONDIENTE AL PERIODO OBJETO DE COBRO</b>	\$ 1,587,368
<b>FECHA DE INICIO CONTRATO</b>	31/03/2025	<b>FECHA DE TERMINACIÓN CONTRATO:</b>	30/09/2025
<b>PERIODO OBJETO DE COBRO:</b>	1/09/2025	AL	30/09/2025

*Patricia Chala Martinez*

**NOMBRE Y FIRMA DEL CONTRATISTA: PATRICIA CHALA MARTINEZ**

**CC:** 52,361,087  
**CEL:** 3197838886

DATOS GENERALES DEL APORTANTE		Identificación		Razon Social		Clase Aportante		Sucursal Principal		Direccion		Ciudad-Departamento		Teléfono		Exonerado SENA e ICBF	
CC 52361087		CHALA MARTINEZ PATRICIA		INDEPENDIENTE		PRINCIPAL		calle 63f 7a 79 este		BOGOTÁ-BOGOTÁ D.E.		2069931		SI			
DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION		Clave		Tipo		Fecha		Pago		Banco		Dias Mora		Valor			
Periodo		Salud		Pension		Limite		Pago		Dias		Mora		Valor			
2025-08		1769250068		9491253016		2025/09/18		2025/09/11		NEQUI		0		\$440,500			

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	Codigo	Dias	IBC	Aporte	Codigo	Dias	IBC	Aporte			
Suicursal: PRINCIPAL (1 Afiliados)					\$1,423,500	\$227,800	\$1,423,500	\$178,000	\$0	\$0	\$0	\$0	\$1,423,500	\$34,700	\$0	\$0	\$0	\$1,423,500	\$34,700	\$0	\$0	\$0	\$0	\$0	\$0	\$0	\$0		
Centro de Trabajo: PRINCIPAL (1 Afiliados)					\$1,423,500	\$227,800	\$1,423,500	\$178,000	\$0	\$0	\$0	\$1,423,500	\$34,700	\$0	\$0	\$0	\$0	\$1,423,500	\$34,700	\$0	\$0	\$0	\$0	\$0	\$0	\$0	\$0		
Ciudad: BOGOTÁ Depto: BOGOTÁ D.E. ( 1 Afiliados)					\$1,423,500	\$227,800	\$1,423,500	\$178,000	\$0	\$0	\$0	\$1,423,500	\$34,700	\$0	\$0	\$0	\$1,423,500	\$34,700	\$0	\$0	\$0	\$0	\$0	\$0	\$0	\$0			
1	CC	52361087	CHALA PATRICIA	230201	30	\$227,800	EP5008	30	\$1,423,500	\$227,800	0	14-7	\$0	\$0	\$0	\$1,423,500	\$34,700	\$0	\$0	\$0	\$0	\$0	\$0	\$0	\$0	\$0	\$0		
<b>Total Afiliados( 1)</b>					\$1,423,500	\$227,800	\$1,423,500	\$178,000	\$0	\$0	\$0	\$1,423,500	\$34,700	\$0	\$0	\$0	\$1,423,500	\$34,700	\$0	\$0	\$0	\$0	\$0	\$0	\$0	\$0			

DATOS GENERALES DEL APORTANTE									
Identificación	dv	Razon Social	Clase Aportante	Sucursal Principal	Direccion	Ciudad-Departamento	Teléfono	Exonerado SENAE e ICBF	
CC 52361087		CHAMA MARTINEZ PATRICIA	INDEPENDIENTE	PRINCIPAL	calles 43# 7a 79 este	BOGOTÁ-BOGOTÁ D.E.	2069931	SI	
DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION									
Periodo	Salud	Pago	Clave	Planilla	Tipo	Fecha	Pago	Días Mora	Valor
2025-08	1769230068	9491233016		1		2025/09/18	2025/09/11	0	\$440,500
RESUMEN DE PAGO									
RIESGO	CODIGO	NIT	DV	AFILIADOS	VALOR LIQUIDADO	INTERESES MORA	SALDOS E INCAPACIDADES	VALOR A PAGAR	
AFP (ADMINISTRADORAS: 1)				1	\$227,800	\$0	\$0	\$227,800	
PORVENIR	230301	800,224,808	8	1	\$227,800	\$0	\$0	\$227,800	
ARL (ADMINISTRADORAS: 1)				1	\$34,700	\$0	\$0	\$34,700	
SEGUROS BOLIVAR	14-7	860,002,503	2	1	\$34,700	\$0	\$0	\$34,700	
EPS (ADMINISTRADORAS: 1)				1	\$178,000	\$0	\$0	\$178,000	
COMPENSAR	EPS008	860,066,942	7	1	\$178,000	\$0	\$0	\$178,000	
<b>TOTAL</b>				<b>1</b>	<b>\$440,500</b>	<b>\$0</b>	<b>\$0</b>	<b>\$440,500</b>	

