

**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.

<b>CONTRATO DE PRESTACION DE SERVICIOS PROFESIONALES No.</b>	PS 5122 2025	<b>FECHA INICIO CONTRATO</b>	31/03/2025
--	--------------	------------------------------	------------

<b>VALOR INICIAL DEL CONTRATO</b>	\$ 4,920,602	<b>No. HORAS EJECUTADAS</b>	12
-----------------------------------	--------------	-----------------------------	----

<b>VALOR TOTAL DEL CONTRATO INCLUIDO ADICIONES:</b>	\$ 9,479,307	<b>VALOR DE HONORARIOS PERÍODO A CERTIFICAR:</b>	\$ 103,524
---	--------------	--	------------

<b>PLAZO TOTAL DEL CONTRATO INCLUIDO PRORROGAS</b>	5 MESES
--	---------

<b>UNIDAD FUNCIONAL EJECUCIÓN DE ACTIVIDADES:</b>	GSP PSPIC - EDUCATIVO SA2 SEDE ADMINISTRATIVA SAN JOSE OBRERO
---	--

<b>NOMBRE DEL SUPERVISOR:</b>	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	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 agosto 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 agosto 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 habilitación 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 programada 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 agosto 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 01/08/2025 al 31/08/2025

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

<b>No. DE PLANILLA:</b>	9489851672	<b>OPERADOR:</b>	APORTES EN LINEA
<b>CONCEPTO DEL PAGO</b>	<b>ENTIDAD</b>	<b>FECHA DE PAGO</b>	<b>VALOR PAGADO</b>
SALUD:	COMPENSAR	15/08/2025	\$ 178,000
PENSIÓN:	PORVENIR	15/08/2025	\$ 227,800
RIESGOS LABORALES:	BOLIVAR	15/08/2025	\$ 34,700
OTRO			
<b>TOTAL PAGADO</b>			<b>\$ 440,500</b>

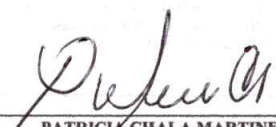


**V. DECLARACIONES DEL CONTRATISTA**

- 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 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

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

<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>	( X )
<b>SI tomaré costos y deducciones</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 párrafo 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.

<b>BANCO AL CUAL CONSIGNAR:</b>	BANCO DAVIVIENDA	<b>TIPO DE CUENTA:</b>	AHORROS	<b>N° CUENTA:</b>	008480343865
---------------------------------	------------------	------------------------	---------	-------------------	--------------

**DATOS DEL PERIODO OBJETO DE PAGO**

<b>N° DEL CONTRATO:</b>	PS 5122 2025	<b>VALOR CORRESPONDIENTE AL PERIODO OBJETO DE COBRO</b>	\$ 103.524
<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	<b>AL</b>	30/09/2025

*Patricia Chala*

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

**CC:** 52.361.087  
**CEL:** 3197838886

DATOS GENERALES DEL APORTANTE		Razon Social		Clase Aportante		Sucursal Principal		Direccion		Ciudad-Departamento		Teléfono		Exonerado SENA e ICBF	
Identificación	dv	CHALA MARTINEZ PATRICIA	INDEPENDIENTE	PRINCIPAL	PRINCIPAL	calle 43# 7a 79 este	BOGOTÁ-BOGOTÁ D.E.	2069931	SI						
CC	52361087														

DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION		Clave		Tipo		Fecha		Pago		Banco		Dias Mora		Valor	
Periodo		Pago	Planilla	Planilla	Limite	Pago	2025/08/22	2025/08/15	NEQUI	0	\$440,500				
Pensión	2025-07	1703508947	9498851672	I	2025/08/22	2025/08/15	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	
Sucursal: PRINCIPAL (1 Afiliados) Centro de Trabajo: PRINCIPAL (1 Afiliados) Ciudad: BOGOTÁ Depto: BOGOTÁ D.E. (1 Afiliados)																							
1	CC	52361087	CHALA PATRICIA	230301	30	\$1,423,500	EP5008	30	\$178,000	\$178,000	0	0	\$0	\$178,000	0	0	\$0	\$178,000	0	0	\$0	\$178,000	
<b>Total Afiliados( 1)</b>																							
\$1,423,500    \$227,800    \$227,800    \$227,800    \$178,000    \$178,000    \$0    \$0    \$178,000    \$178,000    \$0    \$0    \$0    \$0    \$34,700    \$34,700    \$34,700    \$34,700    \$0    \$0    \$0    \$0    \$0																							

# Resumen General de Pago

DATOS GENERALES DEL APORTANTE		Clase Aportante		Sucursal Principal		Direccion		Ciudad-Departamento		Teléfono		Exonerado SENA e ICBF	
Identificación	dv	Razon Social	INDEPENDIENTE	PRINCIPAL	PRINCIPAL	calle 43# 7# 79 este	BOGOTÁ-BOGOTÁ D.E.	2069931	SI				
CC 52361087		CHALA MARTINEZ PATRICIA											
DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION													
Periodo	Salud	Pago	Clave	Planilla	Planilla	Limite	Fecha	Pago	Banco	Dias Mora	Valor		
2025-07	1703508947	9489851672	1	2025/08/22	2025/08/15	NEQUI				0	\$440,500		
<b>RESUMEN DE PAGO</b>													
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>					

# Nequi

## ReSUMen de pagO

Descripción de compra  
**Pago de la Planilla de aportes con clave**  
**9489851672**

Estado de la solicitud  
**Transacción aprobada**

Tienda  
**APORTES EN LINEA**

Fecha de solicitud  
**15 de agosto de 2025**

CUS  
**1703508947**

Referencia Nequi  
**M9307478**

¿Cuánto?  
**\$ 440.500,00**

Valor de los impuestos  
**\$ 0,00**

Número de referencia 1  
**186.31.207.139**

Número de referencia 2  
**CC**

Número de referencia 3  
**52361087**

Factura de comercio  
**9489851672**

Tu plata salió de:

 **DiSPONible**

**Listo**

[Imprimir](#)

Código	Descripción	Cantidad	Valor	Impuesto	Total
001	APORTES EN LINEA	1	440.500,00	0,00	440.500,00
TOTAL					
			440.500,00	0,00	440.500,00