 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			
FALON JANETH HERNANDEZ SANCHEZ			
CON CC: N°		1,023,890,690	
OBJETO DEL CONTRATO:		PRESTAR SERVICIOS COMO PROFESIONAL UNIVERSITARIO EN ODONTOLOGIA 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 5215 2025	FECHA INICIO CONTRATO
		14/04/2025	
VALOR INICIAL DEL CONTRATO		\$ 11,555,936	No. HORAS EJECUTADAS
			81
VALOR TOTAL DEL CONTRATO INCLUIDO ADICIONES:		\$ 27,817,686	VALOR DE HONORARIOS PERÍODO A CERTIFICAR:
			\$ 1,816,830
PLAZO TOTAL DEL CONTRATO INCLUIDO PRORROGAS		5 MESES 16 DIAS	
UNIDAD FUNCIONAL EJECUCIÓN 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			
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 y cumplir con los direccionamientos establecidos desde el supervisor del contrato 3. PRODUCTO (EVIDENCIA): Formato de preauditoría con visto de aprobación del profesional de apoyo			
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 acorde a las acciones establecidas en el lineamiento. 3. PRODUCTO (EVIDENCIA): Soporte en medio magnetico: plan operativo cronograma mensual.			
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: Ser apoyo en las actividades programadas y definidas al objeto del contrato para el mejoramiento continuo. 3. PRODUCTO (EVIDENCIA): Soportes en carpetas de gestión documental: actas, formatos y registro de bases en formato drive			
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: Ser apoyo en las actividades programadas y definidas al objeto del contrato para el mejoramiento continuo que se generen y sobre eventos de interés en salud pública 3. PRODUCTO (EVIDENCIA): Soportes en carpetas de gestión documental: actas, formatos y registro de bases en formato drive, correspondientes al proceso.			
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: Se entregan formatos y documentos oportunamente con información veras. 3. PRODUCTO (EVIDENCIA): Soportes en carpetas de gestión documental: actas, formatos y registro de bases en formato drive dando cumplimiento a la meta de 56 sesiones en instituciones priorizadas por el Entorno, acorde a los lineamientos establecidos.			
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: Seguimiento a lineamientos, caja de herramientas y ficha técnica, acorde a la vigencia actual 3. PRODUCTO (EVIDENCIA): Participación en actualización o novedades del lineamiento realizadas desde SDS y la ejecución estratégica y táctica del entorno, dando seguimiento a caja de herramientas, participación en las reuniones del entorno y apropiaciones conceptuales de las diferentes fichas técnicas.			
7			
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. 2. ACTIVIDADES DESARROLLADAS: Participación en reuniones del entorno, de articulación y demás que se requieran para el cumplimiento del proceso. 3. PRODUCTO (EVIDENCIA): Organización y entrega de los diferentes soportes del producto acorde a los lineamientos establecidos.			
8			
1. OBLIGACIÓN: Notificar los eventos de interés en salud pública detectados en cada una de sus intervenciones. 2. ACTIVIDADES DESARROLLADAS: Realizar proceso de canalización a los usuarios que requieran acceso a servicios para detección temprana o procesos de diagnóstico. 3. PRODUCTO (EVIDENCIA): Realización de canalizaciones en formato excell cumpliendo con los tiempos y normas estipuladas.			
9			
1. OBLIGACIÓN: Organizar el archivo de la documentación generada de acuerdo a la normatividad y tabla de retención documental. 2. ACTIVIDADES DESARROLLADAS: Productos debidamente organizados y archivados con la documentación generada, en el cumplimiento de sus acciones, de acuerdo a la normatividad y tabla de retención documental. 3. PRODUCTO (EVIDENCIA): Organización de carpetas debidamente rotuladas con los diferentes soportes correspondientes al proceso.			
10			
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: Realizar proceso de canalización a los usuarios que requieran acceso a servicios para detección temprana o procesos de diagnóstico y demás actividades de los procesos TRANSVERSALES del PSPIC, de acuerdo a competencia del perfil. 3. PRODUCTO (EVIDENCIA): Bases de canalizaciones, formato excell de canalizaciones, seguimiento a las mismas.			

11	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: Cumplir con las obligaciones contractuales. 3. PRODUCTO (EVIDENCIA): Soportes en carpetas de gestión documental: actas, formatos y registro de bases en formato drive de las acciones propias del perfil.
12	1. OBLIGACIÓN: 12. 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: Apoyo a las obligaciones asignadas por el supervisor del contrato. 3. PRODUCTO (EVIDENCIA): Soportes físicos, medio magnetico, listado de asistencia y actas.

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:	9489906253	OPERADOR:	APORTES EN LINEA	
CONCEPTO DEL PAGO	ENTIDAD	FECHA DE PAGO	VALOR PAGADO	
SALUD:	FAMISANAR	15/08/2025	\$	206,400
PENSIÓN:	COLFONDOS	15/08/2025	\$	264,200
RIESGOS LABORALES:	SURA	15/08/2025	\$	40,300
OTRO				
TOTAL PAGADO			\$	510,900

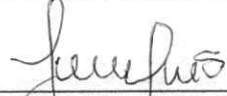
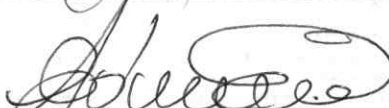

V. DECLARACIONES DEL CONTRATISTA

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

NOMBRE Y FIRMA DEL CONTRATISTA	 FALON JANETH HERNANDEZ SANCHEZ CC: 1023890690
FIRMA DE QUIEN VALIDA	 LUZ ADRIANA CALDERON RAMIREZ 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-1A-FT-014
VERSIÓN: 7
FECHA: 2025-06-09

DATOS DEL CONTRATISTA

FECHA DE DILIGENCIAMIENTO: 30/09/2025

NOMBRES Y APELLIDOS:	FALON JANETH HERNANDEZ SANCHEZ	CC:	1,023,890,690
CORREO ELECTRÓNICO:	pink89_07@hotmail.com	TELÉFONO:	3206381569
DIRECCIÓN DOMICILIO:	CL 11 SUR 1A 49	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 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.

SI () NO (X)

BANCO AL CUAL CONSIGNAR:	BANCO AV VILLAS	TIPO DE CUENTA:	AHORROS	Nº CUENTA:	684921757
--------------------------	-----------------	-----------------	---------	------------	-----------

DATOS DEL PERIODO OBJETO DE PAGO

Nº DEL CONTRATO:	PS 5215 2025	VALOR CORRESPONDIENTE AL PERIODO OBJETO DE COBRO	\$ 1,816,830
FECHA DE INICIO CONTRATO	14/04/2025	FECHA DE TERMINACIÓN CONTRATO:	30/09/2025
PERIODO OBJETO DE COBRO:	1/08/2025 AL 31/08/2025		

NOMBRE Y FIRMA DEL CONTRATISTA: FALON JANETH HERNANDEZ SANCHEZ

CC: 1,023,890,690
CEL: 3206381569

DATOS GENERALES DEL APORTANTE								
Identificación	dv	Razon Social	Clase Aportante	Sucursal Principal	Direccion	Ciudad-Departamento	Teléfono	Exonerado SENA e ICBF
CC 1023890690		HERNANDEZ SANCHEZ FALON JANETH	INDEPENDIENTE	PRINCIPAL	CALLE 11 sur # 1a - 49	BOGOTA-BOGOTA D.E.	3206381569	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	1702004404	9489906253	I	2025/08/25	2025/08/15	BANCO AV VILLAS	0	\$510,900

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)					\$1,650,848	\$264,200			\$1,650,848	\$206,400			\$0	\$0			\$1,650,848	\$40,300		\$0	\$0
Centro de Trabajo: PRINCIPAL (1 Afiliados)					\$1,650,848	\$264,200			\$1,650,848	\$206,400			\$0	\$0			\$1,650,848	\$40,300		\$0	\$0
Ciudad: BOGOTA Depto: BOGOTA D.E. (1 Afiliados)					\$1,650,848	\$264,200			\$1,650,848	\$206,400			\$0	\$0			\$1,650,848	\$40,300		\$0	\$0
1	CC 1023890690	HERNANDEZ FALON	231001	30	\$1,650,848	\$264,200	EPS017	30	\$1,650,848	\$206,400	0		\$0	\$0	14-11	30	\$1,650,848	\$40,300	0	\$0	\$0
Total	Afiliados(1)				\$1,650,848	\$264,200			\$1,650,848	\$206,400			\$0	\$0			\$1,650,848	\$40,300		\$0	\$0

DATOS GENERALES DEL APORTANTE

Identificación	dv	Razon Social	Clase Aportante	Sucursal Principal	Direccion	Cludad-Departamento	Teléfono	Exonerado SENA e ICBF
CC 1023890690		HERNANDEZ SANCHEZ FALON JANETH	INDEPENDIENTE	PRINCIPAL	CALLE 11 sur # 1a - 49	BOGOTA-BOGOTA D.E.	3206381569	No

DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION

Periodo		Clave		Tipo	Fecha		Pago		
Pensión	Salud	Pago	Planilla	Planilla	Límite	Pago	Banco	Días Mora	Valor
2025-07	2025-07	1702004404	9489906253	1	2025/08/25	2025/08/15	BANCO AV VILLAS		\$510,900

RESUMEN DE PAGO

RIESGO	CODIGO	NIT	DV	A FILIADOS	VALOR LIQUIDADO	INTERESES MORA	SALDOS E INCA PACIDADES	VALOR A PAGAR
AFP (ADMINISTRADORAS: 1)				1	\$264,200	\$0	\$0	\$264,200
COLFONDOS	231001	800,227,940			\$264,200	\$0	\$0	\$264,200
ARL (ADMINISTRADORAS: 1)				1	\$40,300	\$0	\$0	\$40,300
ARL SURA	14-11	890,903,790			\$40,300	\$0	\$0	\$40,300
EPS (ADMINISTRADORAS: 1)				1	\$206,400	\$0	\$0	\$206,400
FAMISANAR	EP5017	830,003,564			\$206,400	\$0	\$0	\$206,400
TOTAL				1	\$510,900	\$0	\$0	\$510,900



¡Hola, Falon Janeth Hernández Sánchez!

Estado de la Transacción: **Aprobada** ✓

Los siguientes son los datos de tu transacción:

Valor: \$ 510.900 ✓

Empresa: APORTES EN LINEA

Descripción: Pago de la Planilla de aportes con clave:
9489906253






Fecha de la transacción: 14/08/2025 ✓

CUS: 1702004404

Gracias por utilizar nuestro servicio.



Ten 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.



Para mayor información comunícate con nosotros:

-  En Bogotá: +57 (601) 3808890 Opción 5
-  Contáctanos: <https://www.pse.com.co/persona-centro-de-ayuda>



Un servicio de ach



ACH Colombia Oficial



@ACHColombia_