



**SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E**  
**APOYO – GESTIÓN 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**

259

**VALOR TOTAL DEL CONTRATO INCLUIDO ADICIONES:**

\$ 27,817,686

**VALOR DE HONORARIOS PERÍODO A CERTIFICAR:**

\$ 5,809,370

**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	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 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, GEST. 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. VERIFICACIÓN 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

No. DE PLANILLA:	9491705439	OPERADOR:	APORTES EN LINEA	
CONCEPTO DEL PAGO	ENTIDAD	FECHA DE PAGO	VALOR PAGADO	
SALUD:	FAMISANAR	11/09/2025	\$	381,400
PENSIÓN:	COLFONDOS	11/09/2025	\$	488,100
RIESGOS LABORALES:	SURA	11/09/2025	\$	74,400
OTRO				
<b>TOTAL PAGADO</b>			<b>\$</b>	<b>943,900</b>

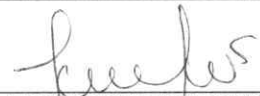
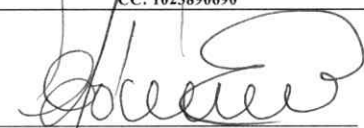

### V. DECLARACIONES DEL CONTRATISTA

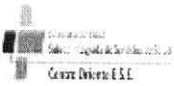
- 1.- Que desarrollé las actividades descritas en el informe anexo, dentro del periodo de cobro.
- 2.- Que realicé el pago de la Seguridad Social donde el IBC se calculó sobre el 40% de los ingresos cancelados del mes anterior pago del cual anexo copia simple, sin que en ningún caso el IBC sea menor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

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 FARRA SUPERVISOR DEL CONTRATO



**SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E**  
**APOYO – GESTION DE CONTRATACION**  
**FORMATO CUENTA DE COBRO CONTRATO DE PRESTACION DE SERVICIOS Y DE APOYO A LA GESTION**

**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>	FALON JANETH HERNANDEZ SANCHEZ	<b>CC:</b>	1,023,890,690
<b>CORREO ELECTRÓNICO:</b>	pink89_07@hotmail.com	<b>TELÉFONO:</b>	3206381569
<b>DIRECCIÓN DOMICILIO:</b>	CL 11 SUR 1A 49	<b>CIUDAD:</b>	BOGOTÁ

**Manifiesto bajo la gravedad del juramento**

<b>NO</b> tomaré costos y deducciones	( X )
<b>SI</b> 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.

<b>BANCO AL CUAL CONSIGNAR:</b>	BANCO AV VILLAS	<b>TIPO DE CUENTA:</b>	AHORROS	<b>N° CUENTA:</b>	684921757
---------------------------------	-----------------	------------------------	---------	-------------------	-----------

**DATOS DEL PERIODO OBJETO DE PAGO**

<b>N° DEL CONTRATO:</b>	PS 5215 2025	<b>VALOR CORRESPONDIENTE AL PERIODO OBJETO DE COBRO</b>	\$ 5,809,370
<b>FECHA DE INICIO CONTRATO</b>	14/04/2025	<b>FECHA DE TERMINACIÓN CONTRATO:</b>	30/09/2025
<b>PERIODO OBJETO DE COBRO:</b>	1/09/2025 AL 30/09/2025		

**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
2025-08	2025-08	1769533146	9491705439	I	2025/09/19	2025/09/11	BANCO AV VILLAS	0	\$943,900

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
<b>Sucursal: PRINCIPAL ( 1 Afiliados)</b>					\$3,050,500	\$488,100			\$3,050,500	\$381,400			\$0	\$0			\$3,050,500	\$74,400		\$0	\$0
<b>Centro de Trabajo: PRINCIPAL ( 1 Afiliados)</b>					\$3,050,500	\$488,100			\$3,050,500	\$381,400			\$0	\$0			\$3,050,500	\$74,400		\$0	\$0
Ciudad: BOGOTA Depto: BOGOTA D.E. ( 1 Afiliados)					\$3,050,500	\$488,100			\$3,050,500	\$381,400			\$0	\$0			\$3,050,500	\$74,400		\$0	\$0
1	CC	1023890690	HERNANDEZ FALON	Z31001	30	\$3,050,500	\$488,100	EPS017	30	\$3,050,500	\$381,400	0	\$0	\$0	14-11	30	\$3,050,500	\$74,400	0	\$0	\$0
<b>Total</b>	<b>Afiliados( 1)</b>				\$3,050,500	\$488,100			\$3,050,500	\$381,400			\$0	\$0			\$3,050,500	\$74,400		\$0	\$0

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
2025-08	2025-08	1769533146	9491705439	I	2025/09/19	2025/09/11	BANCO AV VILLAS	0	\$943,900

## RESUMEN DE PAGO

RIESGO	CODIGO	NIT	DV	AFILIADOS	VALOR LIQUIDADADO	INTERESES MORA	SALDOS E INCAPACIDADES	VALOR A PAGAR
AFP (ADMINISTRADORAS: 1)				1	\$488,100	\$0	\$0	\$488,100
COLFONDOS	231001	800,227,940	6	1	\$488,100	\$0	\$0	\$488,100
ARL (ADMINISTRADORAS: 1)				1	\$74,400	\$0	\$0	\$74,400
ARL SURA	14-11	890,903,790	5	1	\$74,400	\$0	\$0	\$74,400
EPS (ADMINISTRADORAS: 1)				1	\$381,400	\$0	\$0	\$381,400
FAMISANAR	EPS017	830,003,564	7	1	\$381,400	\$0	\$0	\$381,400
<b>TOTAL</b>				<b>1</b>	<b>\$943,900</b>	<b>\$0</b>	<b>\$0</b>	<b>\$943,900</b>



¡Hola, Falon Janeth Hernández Sánchez!

Estado de la Transacción: **Aprobada** ✓

**Los siguientes son los datos de tu transacción:**

Valor: \$ 943.900

Empresa: APORTES EN LINEA

Descripción: Pago de la Planilla de aportes con clave:  
9491705439






Fecha de la transacción: 11/09/2025

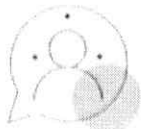
CUS: 1769533146

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.



**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 Colombia Oficial

 @ACHColombia\_

 ACHColombiaOficial

 ACH Colombia Oficial