 <p style="text-align: center;">SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E APOYO – GESTION DE CONTRATACION FORMATO INFORME DE EJECUCIÓN DE ACTIVIDADES DEL CONTRATO DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS Y DE APOYO A LA GESTIÓN</p>		<p style="text-align: right;">CÓDIGO: AP-IA-FT-077 VERSIÓN: 2 FECHA: 2025-06-09</p>	
CELEBRADO ENTRE LA SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E Y			
CAMILA ANDREA MENDEZ RUIZ			
		CON CC: N°	1,032,505,265
OBJETO DEL CONTRATO:	PRESTAR SERVICIOS COMO PROFESIONAL UNIVERSITARIO EN 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 No.	PS 4436 2025	FECHA INICIO CONTRATO	27/01/2025
VALOR INICIAL DEL CONTRATO	\$ 20,657,036	No. HORAS EJECUTADAS	184
VALOR TOTAL DEL CONTRATO INCLUIDO ADICIONES:	\$ 33,728,048	VALOR DE HONORARIOS PERÍODO A CERTIFICAR:	\$ 4,127,120
PLAZO TOTAL DEL CONTRATO INCLUIDO PRORROGAS	8 MESES 3 DIAS		
UNIDAD FUNCIONAL EJECUCIÓN DE ACTIVIDADES:	GSP PSPIC - COMUNITARIO 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	<p>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.</p> <p>2. ACTIVIDADES DESARROLLADAS: Se realizan acciones dispuestas en el desarrollo público de las actividades en el marco del contrato de la FFD y la E.S.E. Realizar la identificación de riesgos en salud asociados a enfermedades crónicas no transmisibles, se realizan acciones direccionadas a la gestión integral del riesgo, la promoción de hábitos y estilos de vida saludables, se realizar un plan de automanejo personalizado con énfasis en actividades lúdico pedagógicas, población general, consejería breve en consumo nocivo de alcohol, tabaco, actividad física y tiempo libre, cargue del instrumento aplicativo de la Secretaría Distrital de Salud, cumplimiento al plan de acción, Acta de alistamiento, actualización diaria de cronograma de actividades, diligenciamiento de ficha para el registro en puntos "Cuidate sé Feliz"</p> <p>3. PRODUCTO (EVIDENCIA): Cargue del instrumento aplicativo de la Secretaría Distrital de Salud. Cumplimiento al plan de acción, Acta de alistamiento, diligenciamiento de ficha para el registro en puntos "Cuidate sé Feliz"</p>		
2	<p>1. OBLIGACIÓN: Presentar mensualmente el cronograma de actividades a desarrollar.</p> <p>2. ACTIVIDADES DESARROLLADAS: Presentar cronograma de actividades del mes de Septiembre de 2025.</p> <p>3. PRODUCTO (EVIDENCIA): Se presenta cronograma de actividades digital del mes de Septiembre del 2025</p>		
3	<p>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.</p> <p>2. ACTIVIDADES DESARROLLADAS: Se presenta la información y soportes solicitados con el fin de corroborar las actividades contractuales. Se apoyan las diferentes acciones inherentes en pro del mejoramiento y calidad de los servicios</p> <p>3. PRODUCTO (EVIDENCIA): Matriz de monitoreo, diligenciamiento aplicativo "Cuidate, Sé Feliz", Acta de alistamiento, ficha para el registro en puntos "Cuidate sé Feliz"</p>		
4	<p>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.</p> <p>2. ACTIVIDADES DESARROLLADAS: Asistir a las asistencias técnicas con el espacio entorno comunitario, SDS y demás convocadas por la Subred Integrada de Salud Centro Oriente</p> <p>3. PRODUCTO (EVIDENCIA): Diligenciamiento de listados de asistencia y actas.</p>		
5	<p>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.</p> <p>2. ACTIVIDADES DESARROLLADAS: Entregar información y soportes frente al cumplimiento de la meta y actividades propuestas desde el perfil de enfermería, actividades y productos con la calidad requerida en las 22 jornadas del mes de Septiembre, dando así cumplimiento a todas las actividades contractuales.</p> <p>3. PRODUCTO (EVIDENCIA): Diligenciamiento de ficha para el registro en puntos "Cuidate sé Feliz", diligenciamiento aplicativo "Cuidate Sé Feliz", Entrega de Informe mensual (Matriz de monitoreo) y acta de alistamiento.</p>		
6	<p>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.</p> <p>2. ACTIVIDADES DESARROLLADAS: Se realiza apropiación conceptual y se participa en asistencia y direccionamiento técnico por parte de profesional de apoyo</p> <p>3. PRODUCTO (EVIDENCIA): Diligenciamiento de actas para apropiación conceptual y diligenciamiento de listados de asistencia</p>		
7	<p>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.</p> <p>2. ACTIVIDADES DESARROLLADAS: Revisión y validación de la calidad de la información de la matriz de monitoreo, descargable de aplicativo Cuidate, Sé Feliz, precritica y ajustes ficha para el registro en puntos "Cuidate, se feliz"</p> <p>3. PRODUCTO (EVIDENCIA): Descarga mensual aplicativo "Cuidate, Se Feliz" Formatos ficha para el registro en puntos "Cuidate, se feliz" y Matriz de monitoreo.</p>		
8	<p>1. OBLIGACIÓN: Notificar los eventos de interés en salud pública detectados en cada una de sus intervenciones.</p> <p>2. ACTIVIDADES DESARROLLADAS: Realizar proceso de notificación de acuerdo a las necesidades prioritizadas e identificadas en los puntos "Cuidate, Se Feliz"</p> <p>3. PRODUCTO (EVIDENCIA): Fichas de notificación SIVIM, SISVECOS Y SIVIGILA.</p>		
9	<p>1. OBLIGACIÓN: Organizar el archivo de la documentación generada de acuerdo a la normatividad y tabla de retención documental.</p> <p>2. ACTIVIDADES DESARROLLADAS: Realizar gestion documental correspondiente al año 2024, según criterios establecidos para su debida organizacion.</p> <p>3. PRODUCTO (EVIDENCIA): Gestión Documental el día 22/09/2025 correspondiente al año 2024, con su respectivo FIUD y Acta.</p>		
10	<p>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, ACCVSYE, Notificación de EISP y Participación Social.</p> <p>2. ACTIVIDADES DESARROLLADAS: Participar de manera activa en el cumplimiento de las actividades determinadas por el PSPIC basado en el perfil y en las competencias. Se realizan canalizaciones según riesgos encontrados. Se participa, se apoya y se realiza articulación con diferentes estrategias Puntos "Cuidate, Se Feliz" jornadas, y demás acciones transversales, para llevar acabo el desarrollo de las actividades propuestas para el cumplimiento de cada una de ellas</p> <p>3. PRODUCTO (EVIDENCIA): Formato de canalizaciones, Anexo 5 y correo de canalizaciones.</p>		

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: Se generara los soportes teniendo en cuenta el proceso de autocontrol, calidad del dato, veracidad, pertinencia tecnica dando respuesta al documento operativo y demas obligaciones contractuales; así como se garantiza el alistamiento oportuno de los productos del mes de Septiembre para el proceso de seguimiento y/o interventoría 3. PRODUCTO (EVIDENCIA): Alistamiento de productos para proceso de seguimiento e interventoría del mes de Septiembre.
12	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: Contar con disponibilidad de acuerdo a lo requerido por parte de la Subred Centro Oriente E.S.E articulando equipos del entorno con el fin de proporcionar información para las intervenciones comunitarias, asistir a reuniones de entorno y fortalecimientos. 3. PRODUCTO (EVIDENCIA): Listados de asistencia y Formato de acta

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

No. DE PLANILLA:	89488504	OPERADOR:	MI PLANILLA
CONCEPTO DEL PAGO	ENTIDAD	FECHA DE PAGO	VALOR PAGADO
SALUD:	FAMISANAR	11/09/2025	\$ 206,500
PENSIÓN:	COLFONDOS	11/09/2025	\$ 264,200
RIESGOS LABORALES:	BOLIVAR	11/09/2025	\$ 40,300
OTRO			
TOTAL PAGADO			\$ 511,000

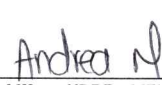

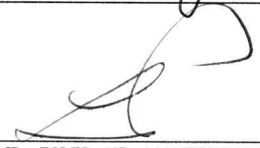
V. DECLARACIONES DEL CONTRATISTA

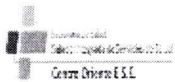
- 1.- Que desarrollé las actividades descritas en el informe anexo, dentro del periodo de cobro.
- 2.- Que realicé el pago de la Seguridad Social donde el IBC se calculó sobre el 40% de los ingresos cancelados del mes anterior pago del cual anexo copia simple, sin que en ningún caso el IBC sea menor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

NOMBRE Y FIRMA DEL CONTRATISTA	 CAMILA ANDREA MENDEZ RUIZ CC: 1032505265
FIRMA DE QUIEN VALIDA	 CLAUDIA IRENE SEGURA VERA 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:	CAMILA ANDREA MENDEZ RUIZ	CC:	1,032,505,265
CORREO ELECTRÓNICO:	amendezr.psn@gmail.com	TELÉFONO:	3214610120
DIRECCIÓN DOMICILIO:	KR 87 D 42A 20 SUR	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:	SCOTIABANK COLPATRIA	TIPO DE CUENTA:	AHORROS	N° CUENTA:	1542010310
--------------------------	----------------------	-----------------	---------	------------	------------

DATOS DEL PERIODO OBJETO DE PAGO

N° DEL CONTRATO:	PS 4436 2025	VALOR CORRESPONDIENTE AL PERIODO OBJETO DE COBRO	\$ 4,127,120
FECHA DE INICIO CONTRATO	27/01/2025	FECHA DE TERMINACIÓN CONTRATO:	30/09/2025
PERIODO OBJETO DE COBRO:	1/09/2025 AL 30/09/2025		

Andrea N.

NOMBRE Y FIRMA DEL CONTRATISTA: CAMILA ANDREA MENDEZ RUIZ

CC: 1,032,505,265
CEL: 3214610120

DATOS DEL APORTANTE						
TIPO	NÚMERO	NOMBRE APORTANTE		DIRECCIÓN	TELÉFONO	CORREO
CC	1032505265	CAMILA ANDREA MENDEZ RUIZ		CARRERA 87 D 42A 20 SUR	7472699	camilamendez.1499@gmail.com
FORMA PRESENTACIÓN	CLASE APORTANTE	NOMBRE SUCURSAL	CÓDIGO	DEPARTAMENTO	CIUDAD / MUNICIPIO	
ÚNICA	I - Independiente			BOGOTÁ D. C.	BOGOTÁ, D.C.	

DATOS DE LA PLANILLA						
PLANILLA ASOCIADA	FECHA PAGO ASOCIADA (DIA/MES/AÑO)	TIPO PLANILLA	FECHA PAGO (DIA/MES/AÑO)	NÚMERO PLANILLA	CANTIDAD	
					EMPLEADOS	UPC
					1	0
PERIODO SALUD	PERIODO PENSIONES				TOTAL A PAGAR	
2025-08	2025-08	I	11/09/2025	89488504	\$511.000	

TOTALES POR SUBSISTEMAS

TOTALES SALUD													
Código EPS	Nombre	NIT	Cotización Obligatoria	UPC Adicional	Incapacidades		Licencia Maternidad		Dias Mora	Valor Mora Cotización	Valor Mora UPC	Total a Pagar	No. Afiliados
					No. Autorización	Valor	No. Autorización	Valor					
EPS017	Famisanar EPS	830003564-7	206.500	0		0		0	0	0	0	206.500	1

TOTALES PENSIÓN													
Código AFP	Nombre	NIT	Cotización Obligatoria	Aporte Voluntario Afiliado	Aporte Voluntario Aportante	Aporte FSP - Solidaridad	Aporte FSP - Subsistencia	Dias Mora	Valor Mora Cotización	Valor Mora FSP	Total a Pagar	No. Afiliados	
231001	Colfondos	800227940-6	264.200	0	0	0	0	0	0	0	264.200	1	

TOTALES RIESGOS LABORALES															
Código ARL	Nombre	NIT	Cotización Obligatoria	Incapacidades		Aportes Otros Sistemas	Valor Neto Cotización	Dias Mora	Valor Mora Cotización	Subtotal Cotización	No. Radicado Saldo a Favor	Valor Saldo a Favor	Fondo Solidaridad	Total a Pagar	No. Afiliados
				No. Autorización	Valor										
14-7	Seguros Bolivar S.A.	860002503-2	40.300				40.300	0	0	40.300			403	40.300	1

TOTALES CAJAS							
Código CCF	Nombre	NIT	Valor Aporte	Dias Mora	Valor Mora Aporte	Total a Pagar	No. Afiliados

TOTALES PARAFISCALES				
Valor Aporte	Dias Mora	Valor Mora Aporte	Total a Pagar	No. Afiliados
SENA				
0	0	0	0	0
ICBF				
0	0	0	0	0
ESAP				
MEN				

TOTALES POR SUBSISTEMA			
Tipo Administradora	No. Administradoras Reportadas	Valor antes de IGE, LMA, IRP y Mora	Total a Pagar
Salud	1	206.500	206.500
Pensión	1	264.200	264.200
Riesgos Laborales	1	40.300	40.300
CCF	0	0	0
ESAP	0	0	0
ICBF	0	0	0
MEN	0	0	0
SENA	0	0	0
TOTALES	3	511.000	511.000

DATOS DEL APORTANTE						
TIPO	NÚMERO	NOMBRE APORTANTE		DIRECCIÓN	TELÉFONO	CORREO
CC	1032505265	CAMILA ANDREA MENDEZ RUIZ		CARRERA 87 D 42A 20 SUR	7472699	camilamendez.1499@gmail.com
FORMA PRESENTACIÓN	CLASE APORTANTE	NOMBRE SUCURSAL	CÓDIGO	DEPARTAMENTO	CIUDAD / MUNICIPIO	
ÚNICA	I - Independiente			BOGOTÁ D. C.	BOGOTÁ, D.C.	

DATOS DE LA PLANILLA						
PLANILLA ASOCIADA	FECHA PAGO ASOCIADA (DIA/MES/AÑO)	TIPO PLANILLA	FECHA PAGO (DIA/MES/AÑO)	NÚMERO PLANILLA	CANTIDAD	
					EMPLEADOS	UPC
					1	0
PERIODO SALUD	PERIODO PENSIONES				TOTAL A PAGAR	
2025-08	2025-08	I	11/09/2025	89488504	\$511.000	

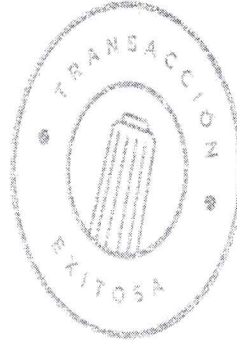
DETALLE POR COTIZANTE																																												
INFORMACIÓN COTIZANTE				INFORMACIÓN NOVEDADES										PENSION				SALUD			RIESGOS LABORALES			CCF			PARAFISCALES																	
No.	Tipo	No. de Identificación	Apellidos y Nombres	Comuna	Edad	Estado	Color, anterior	Examinado	INCC	RET	TIC	US	UP	VPT	BLN	ISE	UMA	VAC	VPP	RET	IRL	CONSECCION	Cód. AFP	IBC AFP	Cotización	Voluntario Afiliado	Voluntario Aportante	Fondo pensional de solidaridad	Fondo pensional de subsistencia	Cód. EPS	IBC EPS	Cotización/Valor UPC	Cód. ARL	IBC ARL	Clase de Riesgo	Cotización	Código CCF	IBC CCF	Aporte CCF	IBC otros parafiscales	Aporte SENA	Aporte ICBF	Aporte ESAP	Aporte MEN
1	CC	1032505265	MENDEZ RUIZ CAMILA ANDREA	59	0	N																231001	1.851.250	264.200	0	0	0	0	EPS017	1.651.250	206.500	14-7	1.651.250	3	40.300		0	0	0	0	0	0	0	0

PAGADA

 Scotiabank

 COLPATRIA

Pago por PSE
-\$511.000.00



Detalles

Pago por pse
miplanilla.com pago proteccion
cus: 001768125102

Fecha

Miércoles, 10 de septiembre de 2025