Secretaría de Salud Subred Integrada de Servicios de Salud Centro Oriente E.S.E.	**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				
JULY MARCELA BERNAL MORA				
		CON CC: Nº	1,033,699,018	
OBJETO DEL CONTRATO:	PRESTAR SERVICIOS COMO PROFESIONAL UNIVERSITARIO EN INGENIERIA INDUSTRIAL ESPECIALIZADO 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 3684 2025		**FECHA INICIO CONTRATO**	02/01/2025
VALOR INICIAL DEL CONTRATO	$ 31,369,056	**No. HORAS EJECUTADAS**	205	
VALOR TOTAL DEL CONTRATO INCLUIDO ADICIONES:	$ 54,000,171		**VALOR DE HONORARIOS PERÍODO A CERTIFICAR:**	$ 6,012,855
PLAZO TOTAL DEL CONTRATO INCLUIDO PRORROGAS	8 MESES 28 DIAS			
UNIDAD FUNCIONAL EJECUCIÓN DE ACTIVIDADES:	GSP PSPIC - MACRO, MESO Y MICRO 6PM CENTRO DE SALUD PRIMERA DE MAYO			
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: * Reunión de planeación equipo de coordinación PIC. * Reporte de novedades presentadas a la coordinación PSPIC. 3. PRODUCTO (EVIDENCIA): Actas, correos y herramienta de control en drive
2	1. OBLIGACIÓN: Presentar mensualmente el cronograma de actividades a desarrollar. 2. ACTIVIDADES DESARROLLADAS: Se realiza cronograma de las actividades realizadas para el mes. 3. PRODUCTO (EVIDENCIA): Se presenta cronograma del mes
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: * Elaboración y entrega de compromisos mensuales. * Elaboración y envío de informe indicador fenix * Elaboración y envío de informe del convenio PSPIC, referente al TH. * Revisión, consolidación y solicitud de insumos requeridos por los entornos cuidadores. 3. PRODUCTO (EVIDENCIA): Bases de datos, correos, informes enviados, bases de seguimiento
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: * Consolidación, depuración y remisión de información requerida por las diferentes áreas de la entidad. * Revisión y depuración correo PIC. * Actualización y consolidación de datos. 3. PRODUCTO (EVIDENCIA): Bases de datos, correos, informes enviados, bases de seguimiento
5	1. OBLIGACIÓN: Cumplir con la meta, actividades y/o productos programados y asignados con la calidad de datos (integridad, oportunidad, consistencias, 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: * Consolidación, revisión, cruce y validación de aplicativo de TH correspondiente a las horas reportadas del TH para el mes. * Actualización de base de talento humano del PSPIC. * Elaboración y envío, de informes al área de costos, contratación, dirección del riesgo, coordinación PSPIC y SDS. * Seguimiento en SECOP de contratos nuevos y modificatorios. 3. PRODUCTO (EVIDENCIA): Bases de datos, correos, informes enviados, bases de seguimiento
6	1. OBLIGACIÓN: Desarrollar procesos de asistencia técnica desde los diferentes procesos del Plan de Intervenciones Colectivas conforme a su saber disciplinar y profesional, en función de los requerimientos de los entornos y procesos transversales. 2. ACTIVIDADES DESARROLLADAS: * Reunión con referentes y apoyos de entornos y procesos transversales, sobre temas de seguimiento y apoyo de la supervisión. * Reunión de direccionamiento técnico. * Reunión de planeación equipo de coordinación PIC y lectura de los compromisos a entregar del convenio PSPIC. 3. PRODUCTO (EVIDENCIA): Actas
7	1. OBLIGACIÓN: Participar en los procesos de planeación, ejecución y seguimientos establecidos desde la Coordinación PSPIC, de acuerdo a su competencia y a los procesos financieros a su cargo, conforme las actividades, metas y productos establecidos en los lineamientos del convenio Interadministrativo PSPIC. 2. ACTIVIDADES DESARROLLADAS: * Elaboración de necesidades de perfiles requeridos para contratar y solicitud de hojas de rutas. * Revisión de documentos, validación de hojas de vida, estado de pruebas psicotecnias de candidatos para el proceso de contratación. * Búsqueda de perfiles en banco de hojas de vida. * Seguimiento de contratos nuevos en SECOP. 3. PRODUCTO (EVIDENCIA): Bases de datos, correos, informes enviados, bases de seguimiento

8	1. OBLIGACIÓN: Apoyar a la gestión técnica, administrativa y financiera para garantizar la ejecución del convenio PSPIC. 2. ACTIVIDADES DESARROLLADAS: * Elaboración de base de talento humano de personas a contratar. * Elaboración de necesidades de perfiles requeridos para contratar y solicitud de hojas de rutas. * Revisión de documentos, validación de hojas de vida, estado de pruebas psicotecnias de candidatos para el proceso de contratación. * Búsqueda de perfiles en banco de hojas de vida. * Seguimiento de contratos nuevos en SECOP. * Radicación de carpetas para tramite de contratos nuevos. * Elaboración y envío, al área de costos, de informe de provisión de pagos de OPS y facturas de proveedores. * Reporte semanal de estado de contratación de TH. * Elaboración y actualización de herramienta de control de convenios PSPIC. 3. PRODUCTO (EVIDENCIA): Bases de datos, planillas, correos, informes enviados, bases de seguimiento
9	1. OBLIGACIÓN: Apoyar las actividades relacionadas con los procesos precontractuales y contractuales de adquisición de bienes y servicios de conformidad con los procedimientos establecidos. 2. ACTIVIDADES DESARROLLADAS: * Elaboración de la solicitudes para el tramite de las adiciones y prorrogas de los contratos de bienes y servicios actualmente activos y que hacen parte del Plan de Intervenciones Colectivas PSPIC. 3. PRODUCTO (EVIDENCIA): Correos, formatos de tramite y libro de recepción de documentos
10	1. OBLIGACIÓN: Consolidar, revisar y radicar de manera oportuna los productos y/o compromisos contractuales establecidos en el convenio PSPIC vigente. 2. ACTIVIDADES DESARROLLADAS: * Consolidación, depuración y revisión de base de talento humano en aplicativo dispuesto por la SDS. * Elaboración y remisión de informe cualitativo en los puntos relacionados con el Talento humano. * Elaboración de informe para certificación de decreto 634. * Elaboración de reportes de talento humano a Secretaria Distrital de Salud. 3. PRODUCTO (EVIDENCIA): Informes, certifiaciones y correos remitidos
11	1. OBLIGACIÓN: Organizar el archivo de la documentación generada de acuerdo a la normatividad y tabla de retención documental. 2. ACTIVIDADES DESARROLLADAS: Informes y bases de datos organizados de manera digital. 3. PRODUCTO (EVIDENCIA): Bases de datos
12	1. OBLIGACIÓN: Apoyar al supervisor el seguimiento y validación permanente al estado financiero (facturas y cuentas de cobro) y contractual de los contratos de OPS y bienes y servicios del PSPIC. 2. ACTIVIDADES DESARROLLADAS: * Recepción y revisión de facturas de proveedores. * Elaboración de reporte de facturas de proveedores a costos. * Elaboración de formato de certificación para revisión, validación y autorización de facturas de proveedores por parte del supervisor. * Recepción, validación y revisión de cuentas de cobro del PSPIC. * Revisión, relación y envió, a apoyo financiero, las facturas generadas de proveedores. * Elaboración, validación y revisión de planilla de pago de talento humano ops del PSPIC. * Informe de actualización y solicitud de actualización de aplicativo de pagos. 3. PRODUCTO (EVIDENCIA): Correos, planillas de pagos, formatos de certificación
13	1. OBLIGACIÓN: Apoyar a la supervisión en el trámite de solicitudes de adiciones, prorrogas, terminaciones y modificatorios de los contratos de OPS y bienes y servicios del PSPIC. 2. ACTIVIDADES DESARROLLADAS: * Recepción y revisión de las cartas de solicitudes de terminaciones anticipadas y suspensión de contratos OPS del talento humano que hace parte del PSPIC. * Elaboración y tramite de actas de terminaciones anticipadas y formatos de suspensiones de contratos OPS. * Seguimiento en secop del tramite de adiciones y prorrogas de los contratos de bienes y servicios actualmente activos y que hace parte del PSPIC. 3. PRODUCTO (EVIDENCIA): Correos, formatos de tramite y libro de recepción de documentos
14	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: No se realizó auditoria para el periodo actual. 3. PRODUCTO (EVIDENCIA): No aplica
15	1. OBLIGACIÓN: Realizar las demás obligaciones que se relacionen con el objeto del contrato y que sean requeridas por la supervisión. 2. ACTIVIDADES DESARROLLADAS: *Apoyo para elaboración de reportes requeridos por las areas de la subred o entes de control. 3. PRODUCTO (EVIDENCIA): Actas y correos

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:	88576422		**OPERADOR:**	MI PLANILLA	
CONCEPTO DEL PAGO	**ENTIDAD**		**FECHA DE PAGO**	**VALOR PAGADO**	
SALUD:	SURA		31/07/2025	$	302,200
PENSIÓN:	COLPENSIONES		31/07/2025	$	386,800
RIESGOS LABORALES:	BOLIVAR		31/07/2025	$	58,900
OTRO	CCF COMPENSAR		31/07/2025	$	14,600
TOTAL PAGADO				**$**	**762,500**

V. DECLARACIONES DEL CONTRATISTA

1.- Que desarrollé las actividades descritas en el informe anexo, dentro del período 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 acividades realizadas en el periodo correspondiente

NOMBRE Y FIRMA DEL CONTRATISTA	**JULY MARCELA BERNAL MORA** **CC: 1033699018**
FIRMA DE QUIEN CONVALIDA EL CUMPLIMIENTO DE LAS OBLIGACIONES PARA EL PRESENTE PERIODO DE PAGO:	**LIDA ESPERANZA MONTENEGRO PARRA** **SUPERVISOR DEL CONTRATO**

Secretaría de Salud Subred Integrada de Servicios de Salud Centro Oriente E.S.E.	**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

NOMBRES Y APELLIDOS:	JULY MARCELA BERNAL MORA	**CC:**	1,033,699,018
CORREO ELECTRÓNICO:	bernaljuly@gmail.com	**TELÉFONO:**	3115765692
DIRECCIÓN DOMICILIO:	KR 11 ESTE 64 61 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 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.	SI ( )	NO (X)

BANCO AL CUAL CONSIGNAR:	BANCO DAVIVIENDA	**TIPO DE CUENTA:**	AHORROS	**Nº CUENTA:**	002170080754

DATOS DEL PERIODO OBJETO DE PAGO

Nº DEL CONTRATO:	PS 3684 2025	**VALOR CORRESPONDIENTE AL PERIODO OBJETO DE COBRO**	$ 6,012,855
FECHA DE INICIO CONTRATO	02/01/2025	**FECHA DE TERMINACIÓN CONTRATO:**	30/09/2025
PERIODO OBJETO DE COBRO:	1/09/2025 AL 30/09/2025		

July Bernal

NOMBRE Y FIRMA DEL CONTRATISTA: JULY MARCELA BERNAL MORA
CC: 1,033,699,018
CEL: 3115765692

compensar | miplanilla.com

PLANILLA INTEGRADA DE AUTOLIQUIDACION DE APORTES

DATOS DEL APORTANTE						
TIPO	NÚMERO	NOMBRE APORTANTE		DIRECCIÓN	TELÉFONO	CORREO	EXONERADO PAGO PARAFISCALES Y SALUD
CC	1033699018	JULY MARCELA BERNAL MORA		KR 78G BIS 49A 32 SUR	3115765692	BERNALJULY@GMAIL.COM	
FORMA PRESENTACIÓN	CLASE APORTANTE	NOMBRE SUCURSAL	CÓDIGO	DEPARTAMENTO	CIUDAD / MUNICIPIO		
ÚNICA	I – Independiente			BOGOTÁ D. C.	BOGOTÁ, D.C.		NO

DATOS DE LA PLANILLA					
PLANILLA ASOCIADA	FECHA PAGO ASOCIADA (DIA/MES/AÑO)	TIPO PLANILLA	FECHA PAGO (DIA/MES/AÑO)	NÚMERO PLANILLA	CANTIDAD
					EMPLEADOS: 1 / UPC: 0
PERIODO SALUD	PERIODO PENSIONES				TOTAL A PAGAR
2025-08	2025-08	I	31/07/2025	88576422	$762.500

TOTALES POR SUBSISTEMAS

TOTALES SALUD

Código EPS	Nombre	NIT	Cotización Obligatoria	UPC Adicional	Incapacidades		Licencia Maternidad		Días Mora	Valor Mora Cotización	Valor Mora UPC	Total a Pagar	No. Afiliados
					No. Autorización	Valor	No. Autorización	Valor					
EPS010	EPS Sura	800088702-2	302.200	0		0		0	0	0	0	302.200	1

TOTALES PENSIÓN

Código AFP	Nombre	NIT	Cotización Obligatoria	Aporte Voluntario Afiliado	Aporte Voluntario Aportante	Aporte FSP - Solidaridad	Aporte FSP - Subsistencia	Días Mora	Valor Mora Cotización	Valor Mora FSP	Total a Pagar	No. Afiliados
25-14	Colpensiones	900336004-7	386.800	0	0	0	0	0	0		386.800	1

TOTALES RIESGOS LABORALES

Código ARL	Nombre	NIT	Cotización Obligatoria	Incapacidades		Aportes Otros Sistemas	Valor Neto Cotización	Días 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	58.900				58.900	0	0	58.900			589	58.900	1

TOTALES CAJAS

Código CCF	Nombre	NIT	Valor Aporte	Días Mora	Valor Mora Aporte	Total a Pagar	No. Afiliados
CCF24	Compensar Caja	860066942-7	14.600	0	0	14.600	1

TOTALES PARAFISCALES

Valor Aporte	Días 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	302.200	302.200
Pensión	1	386.800	386.800
Riesgos Laborales	1	58.900	58.900
CCF	1	14.600	14.600
ESAP	0	0	0
ICBF	0	0	0
MEN	0	0	0
SENA	0	0	0
TOTALES	4	762.500	762.500

PAGADA

Este documento está clasificado como PRIVADO por parte de Compensar Operador de Información

compensar | miplanilla.com

PLANILLA INTEGRADA DE AUTOLIQUIDACION DE APORTES

DATOS DEL APORTANTE						
TIPO	NÚMERO	NOMBRE APORTANTE		DIRECCIÓN	TELÉFONO	CORREO	EXONERADO PAGO PARAFISCALES Y SALUD
CC	1033699018	JULY MARCELA BERNAL MORA		KR 78G BIS 49A 32 SUR	3115765692	BERNALJULY@GMAIL.COM	
FORMA PRESENTACIÓN	CLASE APORTANTE	NOMBRE SUCURSAL	CÓDIGO	DEPARTAMENTO	CIUDAD / MUNICIPIO		
ÚNICA	I – Independiente			BOGOTÁ D. C.	BOGOTÁ, D.C.		NO

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	31/07/2025	88576422	$762.500	

DETALLE POR COTIZANTE

INFORMACIÓN COTIZANTE									INFORMACIÓN NOVEDADES																PENSIÓN							SALUD			RIESGOS LABORALES				CCF			PARAFISCALES				
No.	Tipo	No. de Identificación	Apellidos y Nombres	Cotizante	Subtipo	Extranjero	Colom. exterior	Exonerado	ING	RET	TDE	TAE	TDP	TAP	VSP	VST	SLN	IGE	LMA	VAC	AVP	VCT	IRL	CORRECCIÓN	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	1033699018	BERNAL MORA JULY MARCELA	59	0			N																	25-14	2.417.000	386.800	0	0	0	0	EPS010	2.417.000	302.200	14-7	2.417.000	3	58.900	CCF24	2.417.000	14.600	0	0	0	0	0

PAGADA

Este documento está clasificado como PRIVADO por parte de Compensar Operador de Información

Gmail

July Marcela Bernal <bernaljuly@gmail.com>

PSE - Transacción Aprobada ☑ CUS 1664755569

1 mensaje

serviciopse@achcolombia.com.co <serviciopse@achcolombia.com.co> 30 de julio de 2025, 20:15
Para: bernaljuly@gmail.com



¡Hola, JULY MARCELA BERNAL MORA!

Estado de la Transacción: Aprobada

Los siguientes son los datos de tu transacción:

Valor: $ 762.500

Empresa: COMPENSAR-OI

Descripción: MiPlanilla.com Pago Proteccion Social

Fecha de la transacción: 30/07/2025

CUS: 1664755569

Gracias por utilizar nuestro servicio.



Ten encuenta 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: