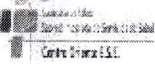


<div><div>SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E APOYO – GESTION DE CONTRATACIÓN FORMATO INFORME DE EJECUCIÓN DE ACTIVIDADES DEL CONTRATO DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS Y DE APOYO A LA GESTIÓN</div></div>		<div>CÓDIGO: AP-IA-FT-077 VERSIÓN: 2 FECHA: 2025-06-09</div>	
CELEBRADO ENTRE LA SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E Y			
CLAUDIA PATRICIA VARGAS LIZARAZO			
CON CC: N°		24,080,469	
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.		
CONTRATO DE PRESTACION DE SERVICIOS PROFESIONALES No.	PS 3354 2025	FECHA INICIO CONTRATO	02/01/2025
VALOR INICIAL DEL CONTRATO	\$ 9,226,128	No. HORAS EJECUTADAS	86
VALOR TOTAL DEL CONTRATO INCLUIDO ADICIONES:	\$ 20,532,205	VALOR DE HONORARIOS PERÍODO A CERTIFICAR:	\$ 741,922
PLAZO TOTAL DEL CONTRATO INCLUIDO PRORROGAS	8 MESES 28 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	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: * Se asistió puntualmente a los SPacios de Cuidado * Se realizó la convocatoria de los usuarios participantes para las acciones del producto entre el 01 y 31 de Agosto del 2025 3. PRODUCTO (EVIDENCIA): * 7 Actas de Convocatoria y 18 Actas de Concertaciones que resumen las acciones realizadas. * 7 Listados de convocatorias correspondientes a cada acción.		
2	1. OBLIGACIÓN: Presentar mensualmente el cronograma de actividades a desarrollar. 2. ACTIVIDADES DESARROLLADAS: * Se elaboró el Cronograma de Actividades para el Mes de Agosto comprendido entre el 01 y 31 de Agosto del 2025. * Se realizaron los ajustes correspondientes al Cronograma con una periodicidad semanal. 3. PRODUCTO (EVIDENCIA): * Un archivo en Excel con el Cronograma para el Mes de Agosto con los ajustes correspondientes. * Una imagen semanal de los ajustes realizados al cronograma.		
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: *Se entregaron los formatos correspondientes a las acciones propias del producto del Mes de Agosto . *Se entregaron las Actas de Convocatoria correspondientes entre el 01 y 31 de Agosto del 2025 3. PRODUCTO (EVIDENCIA): * 7 Actas de Convocatoria y 7 Listados de firmas *18 Actas de Concertación		
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: *Se realizaron los ajustes pertinentes a los formatos entregados entre el 01 y 31 de Agosto del 2025. *En la Reunion de Direccionamiento Tecnico 04/08/2025, se dieron a conocer las acciones a desarrollar para el Mes de Septiembre a cargo del Lider de la estrategia, estableciendo plan de acción a llevar a cabo 3. PRODUCTO (EVIDENCIA): *Formato entregados por GESI parra ajustes correspondientes al Mes de Agosto. *Acta y Formato de firmas de Reunion de Direccionamiento Tecnico.		
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: * Se realizo la correspondiente convocatoria y enganche de la población abordada de acuerdo a las acciones del producto. * Se realizo la correspondiente identificación del espacio donde se realizaran las acciones, teniendo presente las características del producto. 3. PRODUCTO (EVIDENCIA): * 7 Actas de Convocatoria y 7 listados de firmas *18 Actas de Concertación		
6	1. OBLIGACIÓN: Organizar el archivo de la documentación generada de acuerdo a la normatividad y tabla de retención documental. 2. ACTIVIDADES DESARROLLADAS: * Se reviso y archivó los Documentos de SPacios de Bienestar. * Se ubicaron las carpetas en cajas debidamente rotuladas y organizadas conforme a la normatividad y a la tabla de retención documental. 3. PRODUCTO (EVIDENCIA): * Carpeta de Fichas SPacios de Bienestar . * Carpeta de Formato 2 * Carpeta de Concertaciones y Convocatorias * Carpeta de Sesiones Colectivas. * Cajas con las Carpetas Correspondientes		
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 Publica, GESI, ACCVSyE, Notificación de EISP y Participación Social 2. ACTIVIDADES DESARROLLADAS: * Garantizar la informacion con calidad de los usuarios que requieren ser canalizados, a los equipos de Profesionales que realizan los procesos de canalizacion a servicios sociales y de salud. 3. PRODUCTO (EVIDENCIA): * 7 Actas de Convocatoria. 7 formatos de listados y 18 Actas de Concertaciones.		
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: Se garantizo la adecuada ejecucion de las actividades en el desarrollo del grupo poblacional que me fue asignado, aportando los productos que se establecieron en el lineamiento de SPacios de Bienestar y que me fueron socializados de forma oportuna. Me cerciore que la información consignada en Actas y en formatos quedo registrada con completitud y calidad. 3. PRODUCTO (EVIDENCIA): * 18 Actas de Concertaciones. * 7 Actas de Convocatorias * 7 Formatos de Listados de firmas		

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: *Registro fotografico de las acciones realizadas en los SPacios de Bienestar.	*Traslado de las carpas, sillas, mesas e insumos requeridos
	3. PRODUCTO (EVIDENCIA): * Registro fotografico.	*Firmas en los listados de los traslados de los vehiculos

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:	88679605	OPERADOR:	MI PLANILLA
CONCEPTO DEL PAGO	ENTIDAD	FECHA DE PAGO	VALOR PAGADO
SALUD:	COMPENSAR	15/08/2025	\$ 178,000
PENSIÓN:	PORVENIR	15/08/2025	\$ 227,800
RIESGOS LABORALES:	POSITIVA	15/08/2025	\$ 34,700
OTRO			
TOTAL PAGADO			\$ 440,500

V. DECLARACIONES DEL CONTRATISTA

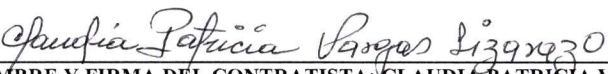
- 1.- Que desarrollé las actividades descritas en el informe anexo, dentro del periodo de cobro.
- 2.- Que realice el pago de la Seguridad Social donde el IBC se calculó sobre el 40% de los ingresos cancelados del mes anterior pago del cual anexo copia simple, sin que en ningún caso el IBC sea menor 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	 CLAUDIA PATRICIA VARGAS LIZARAZO CC: 24080469
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 – 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:	CLAUDIA PATRICIA VARGAS LIZARAZO			CC:	24,080,469
CORREO ELECTRÓNICO:	claudiavargas7706@gmail.com			TELÉFONO:	3138967706
DIRECCIÓN DOMICILIO:	CL 4 A 40C 55			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:	BANCOLOMBIA		TIPO DE CUENTA:	AHORROS	Nº CUENTA: 22357131727
DATOS DEL PERIODO OBJETO DE PAGO					
Nº DEL CONTRATO:	PS 3354 2025	VALOR CORRESPONDIENTE AL PERIODO OBJETO DE COBRO		\$ 741,922	
FECHA DE INICIO CONTRATO	02/01/2025	FECHA DE TERMINACIÓN CONTRATO:		30/09/2025	
PERIODO OBJETO DE COBRO:	1/08/2025 AL 31/08/2025				
<div></div> <div>NOMBRE Y FIRMA DEL CONTRATISTA: CLAUDIA PATRICIA VARGAS LIZARAZO</div> <div>CC: 24,080,469</div> <div>CEL: 3138967706</div>					

PLANILLA INTEGRADA DE AUTOLIQUIDACION DE APORTES

PAG 1 de 2

DATOS DEL APORTANTE						
TIPO	NÚMERO	NOMBRE APORTANTE		DIRECCIÓN	TELÉFONO	CORREO
CC	24080469	CLAUDIA PATRICIA VARGAS LIZARAZO		Calle 4A # 40C-55 Barrio Primavera	3138967706	claudiavargas7706@gmail.com
FORMA PRESENTACIÓN	CLASE APORTANTE	NOMBRE SUCURSAL	CÓDIGO	DEPARTAMENTO	CIUDAD / MUNICIPIO	
ÚNICA	I – Independiente			BOGOTÁ D. C.	BOGOTÁ, D.C.	
EXONERADO PAGO PARAFISCALES Y SALUD						NO

DATOS DE LA PLANILLA					
PLANILLA ASOCIADA	FECHA PAGO ASOCIADA (DIA/MES/AÑO)	TIPO PLANILLA	FECHA PAGO (DIA/MES/AÑO)	NÚMERO PLANILLA	CANTIDAD
					EMPLÉADOS UPC
					1 0
PERIODO SALUD		PERIODO PENSIONES		TOTAL A PAGAR	
2025-07		2025-07	I	15/08/2025	88679605 \$440.500

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					
EPS008	Compensar EPS	860066942-7	178.000	0		0		0	0	0	0	178.000	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
230301	Porvenir	800224808-8	227.800	0	0	0	0	0	0	0	227.800	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. Autorización	Valor									
14-23	Positiva Seguros	860011153-6	34.700				34.700	0	0	34.700			347	34.700

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

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	178.000	178.000
Pensión	1	227.800	227.800
Riesgos Laborales	1	34.700	34.700
CCF	0	0	0
ESAP	0	0	0
ICBF	0	0	0
MEN	0	0	0
SENA	0	0	0
TOTALES	3	440.500	440.500

DATOS DEL APORTANTE						
TIPO	NÚMERO	NOMBRE APORTANTE		DIRECCIÓN	TELÉFONO	CORREO
CC	24080469	CLAUDIA PATRICIA VARGAS LIZARAZO		Calle 4A # 40C-55 Barrio Primavera	3138967706	claudiavargas7706@gmail.com
FORMA PRESENTACIÓN	CLASE APORTANTE	NOMBRE SUCURSAL	CÓDIGO	DEPARTAMENTO	CIUDAD / MUNICIPIO	EXONERADO PAGO PARAFISCALES Y SALUD
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
2025-07	2025-07	I	15/08/2025	88679605	\$440.500

DETALLE POR COTIZANTE

INFORMACIÓN COTIZANTE				INFORMACIÓN NOVEDADES																PENSIÓN				SALUD			RIESGOS LABORALES				CCF			PARAFISCALES								
No.	Tipo	No. de Identificación	Apellidos y Nombres	Columna	Salud	Exención	Columna	Exención	Columna	Exención	Columna	Exención	Columna	Exención	Columna	Exención	Columna	Exención	Columna	Exención	Cód. AFP	IBC AFP	Cotización	Voluntari o Afiliado	Voluntario Aportante	Fondo pensional de solidaridad	Fondo pensional de subsistencia	Cód. EPS	IBC EPS	Cotización / Valor UPC	Cód. ARL	IBC ARL	Cotización	Código CCF	IBC CCF	Aporte CCF	IBC otros parafiscales	Aporte SENA	Aporte ICBF	Aporte ESAP	Aporte MEN	
1	CC	24080469	VARGAS LIZARAZO CLAUDIA PATRICIA	59	0	N															230301	1.423.500	227.800	0	0	0	0	EPS008	1.423.500	178.000	14-23	1.423.500	3	34.700		0	0	0	0	0	0	0

PAGADA

Los siguientes son los datos de tu transacción:

Valor: \$ 440.500 ✓

Empresa: COMPENSAR-OI ✓

Descripción: MiPlanilla.com Pago Proteccion Social ✓

Fecha de la transacción: 15/08/2025 ✓

CUS: 1702483367

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.