

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

SANDRA JANNETH BALLEEN CUELLAR

CON CC: N°

52,171,096

OBJETO DEL CONTRATO:

PRESTAR SERVICIOS DE APOYO A LA GESTION 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 6054 2025

FECHA INICIO CONTRATO

30/07/2025

VALOR INICIAL DEL CONTRATO

\$ 1,746,105

**No. HORAS
EJECUTADAS**

184

**VALOR TOTAL DEL CONTRATO
INCLUIDO ADICIONES:**

\$ 3,650,873

**VALOR DE HONORARIOS PERÍODO A
CERTIFICAR:**

\$ 1,587,368

**PLAZO TOTAL DEL CONTRATO
INCLUIDO PRORROGAS**

2 MESES

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: Diligenciamiento de cronograma del mes, en el se consignan las actividades programadas, referentes a las acciones establecidas
3. PRODUCTO (EVIDENCIA): diarios de campo y secciones colectivas cronograma septiembre 2025

2

1. OBLIGACIÓN: Presentar mensualmente el cronograma de actividades a desarrollar
2. ACTIVIDADES DESARROLLADAS: Diligenciamiento de cronograma del mes, en el se consignan las actividades programadas, referentes a las acciones establecidas
3. PRODUCTO (EVIDENCIA): cronograma septiembre 2025

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: Recorrido y educación en salud, diligenciamiento de cronograma, sesiones colectivas, diario de campo, actores claves y matriz monitoriada
3. PRODUCTO (EVIDENCIA): matrices y bases gesi cronograma septiembre 2025

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: Apoyo a las actividades sujetas al objeto contractual dentro del marco del Entorno Cuidador Comunitari
3. PRODUCTO (EVIDENCIA): : Sesiones colectivas y diario de campo cronograma septiembre 2025

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: Asistencia técnica movilidad segura, reunión SDS
3. PRODUCTO (EVIDENCIA): Listado de asistencia. cronograma septiembre 2025

6

1. OBLIGACIÓN: Organizar el archivo de la documentación generada de acuerdo a la normatividad y tabla de retención documental.
2. ACTIVIDADES DESARROLLADAS: Recorrido y educación en salud
3. PRODUCTO (EVIDENCIA): Diligenciar listados de sesiones colectivas, registro fotografico, y diario de campo. cronograma septiembre 2025

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 Pública, GESI, ACCVSE, Notificación de EISP Y Participación Social.
2. ACTIVIDADES DESARROLLADAS: Identificación de riesgos
3. PRODUCTO (EVIDENCIA): Formatos de canalización cronograma septiembre 2025

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 interventoria 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 generan los soportes teniendo en cuenta el proceso de autocontrol, calidad del dato, veracidad, pertinencia técnica, dando respuesta al operativo y demás obligaciones contractuales; así como se generaliza el alistamiento oportuno del mes para el proceso de seguimiento y/o interventoria
3. PRODUCTO (EVIDENCIA): Formato de acta y/o documentos de septiembre 2025

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: Recorrido y educación en salud 3. PRODUCTO (EVIDENCIA): Sesiones colectivas y diarios de campo cronograma septiembre 2025
---	--

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

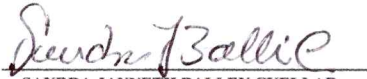


No. DE PLANILLA:	89775496	OPERADOR:	MI PLANILLA
CONCEPTO DEL PAGO	ENTIDAD	FECHA DE PAGO	VALOR PAGADO
SALUD:	SANITAS	11/09/2025	\$ 178,000
PENSIÓN:	COLPENSIONES	11/09/2025	\$ 227,800
RIESGOS LABORALES:	POSITIVA	11/09/2025	\$ 34,800
OTRO			
TOTAL PAGADO			\$ 440,600

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	 SANDRA JANNETH BALLENA CUELLAR CC: 52171096
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:	SANDRA JANNETH BALLEEN CUELLAR	CC:	52,171,096
CORREO ELECTRÓNICO:	06sjbc@gmail.com	TELÉFONO:	3204105654
DIRECCIÓN DOMICILIO:	KR 16 ESTE 36 95	CIUDAD:	SOACHA

Manifiesto bajo la gravedad del juramento

NO tomaré costos y deducciones	<input checked="" type="checkbox"/> (X)
SI tomaré costos y deducciones	<input type="checkbox"/> ()

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:	687732813
---------------------------------	-----------------	------------------------	---------	-------------------	-----------

DATOS DEL PERIODO OBJETO DE PAGO

Nº DEL CONTRATO:	PS 6054 2025	VALOR CORRESPONDIENTE AL PERIODO OBJETO DE COBRO	\$ 1,587,368
FECHA DE INICIO CONTRATO	30/07/2025	FECHA DE TERMINACIÓN CONTRATO:	30/09/2025
PERIODO OBJETO DE COBRO:	1/09/2025	AL	30/09/2025

Sandra Janneth Ballen C.

NOMBRE Y FIRMA DEL CONTRATISTA: SANDRA JANNETH BALLEEN CUELLAR

CC: 52,171,096
CEL: 3204105654

DATOS DEL APORTANTE					
TIPO	NÚMERO	NOMBRE APORTANTE	DIRECCIÓN	TELÉFONO	CORREO
CC	52171096	SANDRA JANNETH BALLEEN CUELLAR	carrera 16 este 38 95	8014628589	06sjbc@gmail.com
FORMA PRESENTACIÓN	CLASE APORTANTE	NOMBRE SUCURSAL	CÓDIGO	DEPARTAMENTO	CIUDAD / MUNICIPIO
UNICA	I - Independiente			CUNDINAMARCA	SOACHA

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	89775496	\$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					
EPS005	Sanitas EPS	800251440-6	178.000	0		0		0	0	0	0	178.000	1

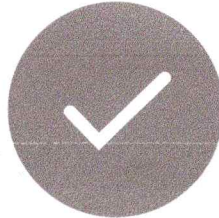
TOTALES PENSIÓN												
Código AFP	Nombre	NIT	Cotización Obligatoria	Aporte Voluntario Afiliado	Aporte Voluntario Aportante	Aporte FSP - Solidaridad	Aporte FSP - Subsistencia	Días Mora	Valor Mora Cotización	Valor Mora FSP	Total a Pagar	No. Afiliados
25-14	Colpensiones	900336004-7	227.800	0	0	0	0	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. Afiliados
				No. Autorización	Valor										
14-23	Positiva Seguros	860011153-6	34.700				34.700	0	0	34.700			347	34.700	1

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



¡Transacción exitosa!

Pago sujeto a aprobación. Para concluir, por favor seleccione la opción "Regresar al comercio" y verifique el estado final de la transacción. Si tiene algún inconveniente, comuníquese con la entidad con la que liquidó su planilla o con el comercio desde el cual está realizando la compra o pago.

Fecha y hora: 10 septiembre 2025 07:06 p.m.

Dirección IP: 186.85.240.19

Número de transacción: APII5253327549166090

Número de confirmación: e64883e68117

Cuenta Origen: Cuentamiga *****3103

Comercio: COMPENSAR-OI

Nit del comercio: 9998600669427

Código del servicio: 99000

Referencia de Pago: 89775496

REFERENCIA 1:

REFERENCIA 2: CC

REFERENCIA 3: 52171096

Código de la transacción (CUS): 1768106171

Fecha de la solicitud: 10 septiembre 2025

Ciclo de la transacción: 1

Valor: \$ 440.500,00

Descripción de la transacción: MiPlanilla.com Pago Proteccion Social

Valor del impuesto: \$ 0,00