



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

YULI ANDREA LUNA TRIANA

CON CC: N°

1.106.896.205

OBJETO DEL CONTRATO:

PRESTAR SERVICIOS COMO TECNICO AUXILIAR DE 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 5225 2025

FECHA INICIO CONTRATO

14/04/2025

VALOR INICIAL DEL CONTRATO

\$ 6.941.989

No. HORAS
EJECUTADAS

216

VALOR TOTAL DEL CONTRATO
INCLUIDO ADICIONES:

\$ 14.685.472

VALOR DE HONORARIOS PERÍODO A
CERTIFICAR:

\$ 2.981.448

PLAZO TOTAL DEL CONTRATO
INCLUIDO PRORROGAS

5 MESES 16 DIAS

UNIDAD FUNCIONAL EJECUCIÓN DE ACTIVIDADES:

GSP PSPIC - MACRO, MESO Y MICRO
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: Realizar las actividades descritas en el lineamiento vigente del Plan de Intervenciones Colectivas en el Distrito Capital según el convenio con la Subred Centro Oriente.</p> <p>3. PRODUCTO (EVIDENCIA): Producto en físico</p>
2	<p>1. OBLIGACIÓN: Presentar mensualmente el cronograma de actividades a desarrollar</p> <p>2. ACTIVIDADES DESARROLLADAS: Realizar actividades programadas en el cronograma mensual y realizar las observaciones pertinentes frente a las actividades que se realizaron y que no estaban plasmadas dentro del cronograma mensual.</p> <p>3. PRODUCTO (EVIDENCIA): Producto en físico y en magnético</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: Cumplir con el protocolo y los procesos de vacunación segura con el fin de mantener y mejorar la calidad del servicio de vacunación.</p> <p>3. PRODUCTO (EVIDENCIA): Producto en físico y en magnético</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: Cumplir con el protocolo y los procesos de vacunación segura con el fin de mantener y mejorar la calidad del servicio de vacunación.</p> <p>3. PRODUCTO (EVIDENCIA): Producto en físico y en magnético</p>
5	<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: Leer y realizar apropiación conceptual según el Manual técnico Administrativo del PAI, las circulares y lineamientos vigentes del PAI.</p> <p>3. PRODUCTO (EVIDENCIA): Producto en físico y en magnético</p>
6	<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 técnico y conforme a los anexos y lineamientos técnicos del convenio Interadministrativo PSPIC.</p> <p>2. ACTIVIDADES DESARROLLADAS: Realizar la búsqueda activa de población susceptible para vacunación dentro de las 6 localidades en cada una de las estrategias del programa ampliado de inmunizaciones para la administración de inmunobiológicos correspondientes de acuerdo al antecedente vacunal de cada usuario, realizando correcto diligenciamiento de los formatos estipulados en el programa</p> <p>3. PRODUCTO (EVIDENCIA): Producto en físico y en magnético</p>
7	<p>1. OBLIGACIÓN: Realizar con calidad y oportunidad los procesos de captura del dato, revisión y custodia de los formatos, documentos y/o bases de datos y aplicativos, que correspondan a 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: Realizar la respectiva verificación del antecedente vacunal así como los datos de identificación y/o ubicación correspondientes al usuario para el respectivo registro diario de vacunación, los cuales serán responsabilidad del vacunador- registrador encargado hasta la entrega al jefe extramural.</p> <p>3. PRODUCTO (EVIDENCIA): Producto en físico y en magnético</p>
8	<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 Pública, GESI, ACCVSYE, Notificación de EISP y Participación Social.</p> <p>2. ACTIVIDADES DESARROLLADAS: Cumplir con el envío semanal de canalización a los diferentes programas, servicios y programas transversales según la necesidad identificada en los usuarios objetos del programa.</p> <p>3. PRODUCTO (EVIDENCIA): Producto en magnético</p>
9	<p>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.</p> <p>2. ACTIVIDADES DESARROLLADAS: Cumplir con las actividades asignadas oportunamente según los lineamientos y/o directriz de la coordinación del programa ampliado de inmunizaciones y/o coordinación PIC cumpliendo con la congruencia, completitud, exactitud y calidad de cada uno de los productos.</p> <p>3. PRODUCTO (EVIDENCIA): Producto en físico y en magnético</p>
10	<p>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.</p> <p>2. ACTIVIDADES DESARROLLADAS: Desarrollar actividades según necesidad de la Subred, en cualquiera de los espacios o procesos transversales de acuerdo a los lineamientos del contrato PSPIC.</p> <p>3. PRODUCTO (EVIDENCIA): Producto en físico y en magnético</p>

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:	9490449512-9491884367	OPERADOR:	APORTES EN LINEA	
CONCEPTO DEL PAGO	ENTIDAD	FECHA DE PAGO	VALOR PAGADO	
SALUD:	SURA	11/09/2025	\$	178.000
PENSIÓN:	PORVENIR	11/09/2025	\$	227.800
RIESGOS LABORALES:	SURA	18/09/2025	\$	34.700
OTRO	CCF COLSUBSIDIO	11/09/2025	\$	28.500
TOTAL PAGADO			\$	469.000




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 fotograficas y/o documentales que soporten las actividades realizadas en el periodo correspondiente

NOMBRE Y FIRMA DEL CONTRATISTA	 YULI ANDREA LUNA TRIANA CC: 1106896205
FIRMA DE QUIEN VALIDA	 LUZ CONSUELO PINEDA DUEÑEZ 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:	YULI ANDREA LUNA TRIANA	CC:	1.106.896.205
CORREO ELECTRÓNICO:	lunayuliandrea@gmail.com	TELÉFONO:	3144175943
DIRECCIÓN DOMICILIO:	CL 30 D SUR 7A 34	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:	BANCO DAVIVIENDA	TIPO DE CUENTA:	AHORROS	Nº CUENTA:	4884020280336
--------------------------	------------------	-----------------	---------	------------	---------------

DATOS DEL PERIODO OBJETO DE PAGO

Nº DEL CONTRATO:	PS 5225 2025	VALOR CORRESPONDIENTE AL PERIODO OBJETO DE COBRO	\$ 2.981.448
FECHA DE INICIO CONTRATO	14/04/2025	FECHA DE TERMINACIÓN CONTRATO:	30/09/2025
PERIODO OBJETO DE COBRO:	1/09/2025 AL 30/09/2025		

Yuli Andrea Luna Triana

NOMBRE Y FIRMA DEL CONTRATISTA: YULI ANDREA LUNA TRIANA

CC: 1.106.896.205
CEL: 3144175943

DATOS GENERALES DEL APORTANTE									
Identificación	dv	Razon Social	Clase Aportante	Sucursal Principal	Direccion	Ciudad-Departamento	Teléfono	Exonerado SENA e ICBF	
CC 1106896205		LUNA TRIANA YULI ANDREA	INDEPENDIENTE	PRINCIPAL	CL 30D SUR # 7A-34	BOGOTA-BOGOTA D.E.	5555555	No	
DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION									
Periodo		Clave		Tipo	Fecha		Pago		
Pensión	Salud	Pago	Planilla	Planilla	Limite	Pago	Banco	Días Mora	Valor
2025-08	2025-08	1000001206	9490449512	I	2025/09/02	2025/09/11	BANCO DE BOGOTA	9	\$436,900

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	Días	IBC	Aporte
Sucursal: PRINCIPAL (1 Afiliados)							\$1,423,500	\$227,800			\$1,423,500	\$178,000			\$1,423,500	\$28,500			\$0	\$0		\$0	\$0
Centro de Trabajo: PRINCIPAL (1 Afiliados)							\$1,423,500	\$227,800			\$1,423,500	\$178,000			\$1,423,500	\$28,500			\$0	\$0		\$0	\$0
Ciudad: BOGOTA Depto: BOGOTA D.E. (1 Afiliados)							\$1,423,500	\$227,800			\$1,423,500	\$178,000			\$1,423,500	\$28,500			\$0	\$0		\$0	\$0
1	CC	1106896205	LUNA YULI	230301	30	\$1,423,500	\$227,800	EPS010	30	\$1,423,500	\$178,000	CCF22	30	\$1,423,500	\$28,500		0	\$0	\$0	30	\$0	\$0	
Total Afiliados(1)							\$1,423,500	\$227,800			\$1,423,500	\$178,000			\$1,423,500	\$28,500			\$0	\$0		\$0	\$0

DATOS GENERALES DEL APORTANTE								
Identificación	dv	Razon Social	Clase Aportante	Sucursal Principal	Direccion	Ciudad-Departamento	Teléfono	Exonerado SENA e ICBF
CC 1106896205		LUNA TRIANA YULI ANDREA	INDEPENDIENTE	PRINCIPAL	CL 30D SUR # 7A-34	BOGOTA-BOGOTA D.E.	5555555	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	1000001206	9490449512	I	2025/09/02	2025/09/11	BANCO DE BOGOTA	9	\$436,900

RESUMEN DE PAGO									
RIESGO	CODIGO	NIT	DV	AFILIADOS	VALOR LIQUIDADO	INTERESES MORA	SALDOS E INCAPACIDADES	VALOR A PAGAR	
AFP (ADMINISTRADORAS: 1)				1	\$227,800	\$1,300	\$0	\$229,100	
PORVENIR	230301	800,224,808	8	1	\$227,800	\$1,300	\$0	\$229,100	
CCF (ADMINISTRADORAS: 1)				1	\$28,500	\$200	\$0	\$28,700	
COLSUBSIDIO	CCF22	860,007,336	1	1	\$28,500	\$200	\$0	\$28,700	
EPS (ADMINISTRADORAS: 1)				1	\$178,000	\$1,100	\$0	\$179,100	
EPS SURA (ANTES SUSALUD)	EPS010	800,088,702	2	1	\$178,000	\$1,100	\$0	\$179,100	
TOTAL				1	\$434,300	\$2,600	\$0	\$436,900	



Comprobante de pago

Ⓣ Pago en Seguridad social

Pago en
Aportes En Línea

Número de planilla
9490449512

¿Cuánto?
\$ 436.900,00

Fecha
10 de septiembre de 2025 a las 07:37 p. r

Referencia
M31392959

Superintendencia financiera
de Colombia
VIGILADO

DATOS GENERALES DEL APORTANTE								
Identificación	dv	Razon Social	Clase Aportante	Sucursal Principal	Direccion	Ciudad-Departamento	Teléfono	Exonerado SENA e ICBF
CC 1106896205		LUNA TRIANA YULI ANDREA	INDEPENDIENTE	PRINCIPAL	CL 30D SUR # 7A-34	BOGOTA-BOGOTA D.E.	5555555	No

DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION									
Periodo		Clave		Tipo	Fecha		Pago		
Pensión	Salud	Pago	Planilla	Planilla	Límite	Pago	Banco	Días Mora	Valor
2025-08	2025-08	1000000448	9491884367	N	2025/09/02	2025/09/18	BANCO DE BOGOTA	16	\$35,100

LIQUIDACION DETALLADA DE APORTES																															
EMPLEADO			NOVEDADES										PENSION		SALUD		CCF		RIESGOS		PARAFISCALES										
No.	Identificación	Nombre	ing	ret	tde	tae	tdp	tap	vsp	cor	vst	sln	lge	lma	vac	avp	vct	lri	vip	Codigo	Dias	Codigo	Dias	Codigo	Dias	Codigo	Dias	Tarifa	Dias	Exonerado SENA e ICBF	
SUCURSAL: PRINCIPAL (1 Afiliados)																															
Centro de Trabajo: PRINCIPAL (1 Afiliados)																															
Ciudad: BOGOTA Depto: BOGOTA D.E. (1 Afiliados)																															
1	CC	1106896205	LUNA YULI																		23030	30	EP5010	30	CCF22	30	14-11	0	0.000%	30	No
2	CC	1106896205	LUNA YULI	R																	23030	30	EP5010	30	CCF22	30	14-11	30	2.436%	30	No
Total Afiliados(1)																															

DATOS GENERALES DEL APORTANTE								
Identificación	dv	Razon Social	Clase Aportante	Sucursal Principal	Direccion	Ciudad-Departamento	Teléfono	Exonerado SENA e ICBF
CC 1106896205		LUNA TRIANA YULI ANDREA	INDEPENDIENTE	PRINCIPAL	CL 30D SUR # 7A-34	BOGOTA-BOGOTA D.E.	5555555	No

DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION									
Periodo		Clave		Tipo	Fecha		Pago		
Pensión	Salud	Pago	Planilla	Planilla	Límite	Pago	Banco	Días Mora	Valor
2025-08	2025-08	1000000448	9491884367	N	2025/09/02	2025/09/18	BANCO DE BOGOTA	16	\$35,100

RESUMEN DE PAGO									
RIESGO	CODIGO	NIT	DV	AFILIADOS	VALOR LIQUIDADO	INTERESES MORA	SALDOS E INCAPACIDADES	VALOR A PAGAR	
ARL (ADMINISTRADORAS: 1)				1	\$34,700	\$400	\$0	\$35,100	
ARL SURA	14-11	890,903,790	5	1	\$34,700	\$400	\$0	\$35,100	
TOTAL				1	\$34,700	\$400	\$0	\$35,100	



Comprobante de pago

Ⓣ Pago en Seguridad social

Pago en
Aportes En Línea

Número de planilla
9491884367

¿Cuánto?
\$ 35.100,00

Fecha
18 de septiembre de 2025 a las 01:03 p. r

Referencia
M10401680

Superintendencia Financiera
de Colombia
VIGILADO