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			
LADY JOHANA MENDEZ JIMENEZ			
	CON CC: Nº	53.128.930	
OBJETO DEL CONTRATO:	PRESTAR SERVICIOS COMO TECNICO EN DEPORTES 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 4563 2025	**FECHA INICIO CONTRATO**	06/02/2025
VALOR INICIAL DEL CONTRATO	$ 11.974.180	**No. HORAS EJECUTADAS**	184
VALOR TOTAL DEL CONTRATO INCLUIDO ADICIONES:	$ 20.311.474	**VALOR DE HONORARIOS PERÍODO A CERTIFICAR:**	$ 2.539.752
PLAZO TOTAL DEL CONTRATO INCLUIDO PRORROGAS	7 MESES 24 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: Apoyar la prestacion con calidad y oportunidad,para el desarrollo de las actividades del plan de Intervenciones Colectivas del distrito capital segun convenio PSPIC vigente y suscrito entre el FDS y la subred. 3. PRODUCTO (EVIDENCIA): Entrega de soportes y entregables derivados de la prestacion del servicio en el accionar del producto 43 jornadas mas bienestar cuidArte "cuidandonos a traves del arte"para el mes de Septiembre 2025
2	1. OBLIGACIÓN: Presentar mensualmente el cronograma de actividades a desarrollar. 2. ACTIVIDADES DESARROLLADAS: Presentacion del cronograma individual y portafolio distrital para el producto 43 cuidArte "cuidandonos a traves del arte". 3. PRODUCTO (EVIDENCIA): Cronograma individual y portafolio de acciones actualizado diariamente para el mes de Septiembre 2025 del producto 43 jornadas mas bienestar cuidArte "cuidandonos a traves del arte"
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: Presentacion de soportes acorde al lineamiento tecnico para el producto 43 jornadas mas bienestar : Actividad A Implementacion de actividades ,Actividad B Sistematizacion y Monitoreo,Actividad D Fortalecimiento de capacidades y autocuidado. 3. PRODUCTO (EVIDENCIA): Encuesta de percepcion,Registro fotografico,Reporte poblacional,Actas de ensayo y alistamiento,Asistencias a fortalecimiento de capacidades y actividades de autocuidado para el mes de
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: Asistir y dar cumplimiento a las actividades de fortalecimiento para el mejoramiento continuo de calidad y aquellas definidas dentro de los planes de mejoramiento de los diferentes estandares de habilitacion y acreditacion de los servicios de salud,en el desarrollo delproducto 43 jornadas mas bienestar cuidArte "cuidandonos a traves del arte". 3. PRODUCTO (EVIDENCIA): Soportes que den cuenta del apoyo de todas las actividades inherentes al objeto del contrato para el mes de Septiembre 2025
5	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. 2. ACTIVIDADES DESARROLLADAS: Asistir a la presentacion del convenio PSPIC vigente y suscrito entre el FDS y la Subred,realizar la respectiva apropiacion conceptual de los documentos operativos,anexos tecnicos,caja de herramientas y demas documentos para la operacion del producto 43 jornada mas bienestar cuidArte "cuidandonos a traves del arte". 3. PRODUCTO (EVIDENCIA): Soportes relacionados con nuevas apropiaciones conceptuales que nos permitan el desarrollo del producto durante el convenio
6	1. OBLIGACIÓN: Realizar la revisión (precritica) a los formatos y/o fichas de captura establecidos en los anexos y documentos establecidos de acuerdo a los lineamientos técnicos de los entornos y procesos transversales del convenio Interadministrativo PSPIC Organizar el archivo de la documentación generada de acuerdo a la normatividad y tabla de retención documental. 2. ACTIVIDADES DESARROLLADAS: Entrega semanal y mensual de los soportes correspondientes a las acciones ejecutadas garantizando precritica,pertinencia tecnica,calidad del dato y veracidad,dando cumplimento a anexos y lineamientos tecnicos que hagan parte de la relacion contractual entre el FDS y la Subred del producto 43 jornadas mas bienestar cuidArte "cuidandonos a traves del arte. 3. PRODUCTO (EVIDENCIA): Encuesta de percepcion,Registro fotografico,Reporte poblacional,Actas de ensayo y alistamiento,Asistencias a fortalecimiento de capacidades y actividades de autocuidado para el mes de
7	1. OBLIGACIÓN: Realizar depuración, administración y/o consolidación de las bases de datos, documentos y/o informes generados por las acciones o intervenciones de los entornos y procesos transversales, garantizando la calidad, oportunidad, integridad, consistencias y veracidad. 2. ACTIVIDADES DESARROLLADAS: Realizar gestion documental de los soportes generados en las acciones desarrolladas durante la ejecucion de la vigencia actual del producto 43 jornadas mas bienestar cuidArte "cuidandonos a traves del arte". 3. PRODUCTO (EVIDENCIA): Soportes relacionados con las acciones realizados durante las intervenciones del producto 43 durante el convenio
8	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: Desarrollar las actividades que desde el rol correspondiente en el producto 43 jornadas mas bienestar cuidArte "cuidandonos a traves del arte" relacionadas con los procesos transversales del PSPIC,enfocado a las competencias requeridas: CANALIZACIONES,PAI,Educacion para la salud publica,GESI,ACCVSyE, Notificacion de EISP y Participacion social. 3. PRODUCTO (EVIDENCIA): Realizar canalizaciones acorde a las necesidades de la ploblacion,Implementar estrategias para la educacion en salud publica por medio del producto 43 cuidArte "cuidandonos a traves del arte" entrega de soportes a GESI con calidad del dato,incentivar y hacer parte de la acciones que promuevan la participacion social para el mes de Septiembre 2025
9	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 generan los soportes teniendo en cuenta el proceso de autocontrol,calidad del dato,veracidad,pertinencia tecnica,dando respuesta al documento operativo y demas obligaciones contractuales,asi como garantizar el alistamiento oportuno de los productos para el proceso de seguimiento y/o interventoria correspondiente. 3. PRODUCTO (EVIDENCIA): Alistamiento de productos para el proceso de seguimiento en interventoria del mes de Septimbre 2025

10	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: Dar cumplimiento a las obligaciones que sean requeridas y en relacion con el objeto del contrato vigente. Participar de las reuniones del entorno cuidado comunitario realizadas desde la coordinacion y de la estrategia asignada ademas de contar con disponibilidad de acuerdo a lo requerido por parte de la subred centro oriente E.S.E. 3. PRODUCTO (EVIDENCIA): Soportes que den cumplimiento a las obligaciones que sean requeridas en el mes de 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:	89264786	**OPERADOR:**	MI PLANILLA

CONCEPTO DEL PAGO	ENTIDAD	FECHA DE PAGO	VALOR PAGADO
SALUD:	SALUD TOTAL	11/09/2025	$ 178.000
PENSIÓN:	PORVENIR	11/09/2025	$ 227.800
RIESGOS LABORALES:	POSITIVA	11/09/2025	$ 34.700
OTRO			
TOTAL PAGADO			**$ 440.500**

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	**LADY JOHANA MENDEZ JIMENEZ** **CC: 53128930**
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**

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**	**CÓDIGO: AP-IA-FT-014** **VERSIÓN: 7** **FECHA: 2025-06-09**

DATOS DEL CONTRATISTA			
FECHA DE DILIGENCIAMIENTO: 30/09/2025			
NOMBRES Y APELLIDOS:	LADY JOHANA MENDEZ JIMENEZ	**CC:**	53.128.930
CORREO ELECTRÓNICO:	leidy20087@hotmail.com	**TELÉFONO:**	3118221599
DIRECCIÓN DOMICILIO:	CL 75 SUR 87P 22	**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 CAJA SOCIAL	**TIPO DE CUENTA:**	AHORROS	**N° CUENTA:**	24072752364

DATOS DEL PERIODO OBJETO DE PAGO			
N° DEL CONTRATO:	PS 4563 2025	**VALOR CORRESPONDIENTE AL PERIODO OBJETO DE COBRO**	$ 2.539.752
FECHA DE INICIO CONTRATO	06/02/2025	**FECHA DE TERMINACIÓN CONTRATO:**	30/09/2025
PERIODO OBJETO DE COBRO:	1/09/2025 AL 30/09/2025		

NOMBRE Y FIRMA DEL CONTRATISTA: LADY JOHANA MENDEZ JIMENEZ
CC: 53.128.930
CEL: 3118221599

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	53128930	LADY JOHANA MENDEZ JIMENEZ	KR 87K 50 33 SUR	3118221599	leidy20087@hotmail.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	11/09/2025	89264786	$441.500	

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					
EPS002	Salud Total EPS	800130907-4	178.000	0		0		0	3	400	0	178.400	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	3	500	0	228.300	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	3	100	34.800			347	34.800	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	3	0	0	0
ICBF				
0	3	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	178.400
Pensión	1	227.800	228.300
Riesgos Laborales	1	34.700	34.800
CCF	0	0	0
ESAP	0	0	0
ICBF	0	0	0
MEN	0	0	0
SENA	0	0	0
TOTALES	3	440.500	441.500

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
CC	53128930	LADY JOHANA MENDEZ JIMENEZ		KR 87K 50 33 SUR	3118221599	leidy20087@hotmail.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	
					EMPLEADOS	UPC
					1	0
PERIODO SALUD	PERIODO PENSIONES				TOTAL A PAGAR	
2025-08	2025-08	I	11/09/2025	89264786	$441.500	

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	53128930	MENDEZ JIMENEZ LADY JOHANA	59	0			N																	230301	1.423.500	227.800	0	0	0	0	EPS002	1.423.500	178.000	14-23	1.423.500	3	34.700		0	0	0	0	0	0	0	0

PAGADA

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

Banco Caja Social
Su banco amigo.

UNA EMPRESA DE FUNDACIÓN GRUPO SOCIAL

¡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: 11 septiembre 2025 09:02 a.m.
Dirección IP: 191.156.226.22
Número de transacción: APII5254327599319174
Número de confirmación: 5c25dd6a0b51

Cuenta Origen: Cuentamiga *******2364
Comercio: COMPENSAR-OI
Nit del comercio: 9998600669427
Código del servicio: 99000

Referencia de Pago: 89264786
REFERENCIA 1:
REFERENCIA 2: CC
REFERENCIA 3: 53128930

Código de la transacción (CUS): 1768991681
Fecha de la solicitud: 11 septiembre 2025
Ciclo de la transacción: 2

Valor: $ 441.500,00
Descripción de la transacción: MiPlanilla.com Pago Proteccion Social
Valor del impuesto: $ 0,00