| | | |
|---|---|---|
| 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**<br>**APOYO – GESTION DE CONTRATACIÓN**<br>**FORMATO INFORME DE EJECUCIÓN DE ACTIVIDADES DEL CONTRATO DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS Y DE APOYO A LA GESTIÓN** | **CÓDIGO: AP-IA-FT-077**<br>**VERSIÓN: 2**<br>**FECHA: 2025-06-09** |

**CELEBRADO ENTRE LA SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E Y**

**OSCAR ALEJANDRO TAPIA CHITIVA**

| | | | |
|---|---|---|---|
| | | **CON CC: N°** | 1.031.130.520 |
| **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 3341 2025 | **FECHA INICIO CONTRATO** | 01/01/2025 |
| **VALOR INICIAL DEL CONTRATO** | $ 9.226.128 | **No. HORAS EJECUTADAS** | 86 |
| **VALOR TOTAL DEL CONTRATO INCLUIDO ADICIONES:** | $ 19.695.391 | **VALOR DE HONORARIOS PERÍODO A CERTIFICAR:** | $ 741.922 |
| **PLAZO TOTAL DEL CONTRATO INCLUIDO PRORROGAS** | 8 MESES 29 DIAS | | |
| **UNIDAD FUNCIONAL EJECUCIÓN DE ACTIVIDADES:** | GSP PSPIC - COMUNITARIO<br>SA2 SEDE ADMINISTRATIVA SAN JOSE OBRERO | | |
| **NOMBRE DEL SUPERVISOR:** | LIDA ESPERANZA MONTENEGRO PARRA<br>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<br>(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<br>las actividades del Plan de Intervenciones Colectivas en el Distrito Capital según convenio PSPIC vigente y suscrito entre el FDS y la Subred<br>2. ACTIVIDADES DESARROLLADAS: * Se participó activamente en los recorridos para identificar posibles puntos de trabajo por presencia de LGBTI y ASP.<br>* Se convocó a la población LGBTI y ASP para participar del proceso de intervención.<br>* Concertar con las entidades publicas y privadas para la articulacion de acciones con ponblación LGBTI y ASP.<br>3. PRODUCTO (EVIDENCIA): * 2 acta de convocatoria.<br>* 25 actas de concertacion. |
| 2 | 1. OBLIGACIÓN: Presentar mensualmente el cronograma de actividades a desarrollar<br>2. ACTIVIDADES DESARROLLADAS: • Se realizó cronograma del equipo LGBTI y ASP teniendo en cuenta las directrices de la SDS .<br>• se actualizó el cronograma del mes de agosto una vez a la semana conforme a los ajustes realizados por el equipo.<br>3. PRODUCTO (EVIDENCIA): • Archivo en Excel que contiene el cronograma de la estrategia LGBTI y ASP<br>• Una pieza comunicativa con el cronograma del mes de agosto actualizado con una periodicidad semanal. |
| 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<br>2. ACTIVIDADES DESARROLLADAS: • Se elaboraron las actas que dan cuenta de la información desarrollada en cada punto de intervención integral.<br>* Se diligenció la matriz de monitoreo registrando los datos correspondientes a las convocatorias y a los puntos desarrollados.<br>3. PRODUCTO (EVIDENCIA): • 3 actas de cada espacio de desarrollo de las actividades de valoracion de riesgo de consumo.<br>* Un archivo en Excel con la matriz de monitoreo. |
| 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.<br>2. ACTIVIDADES DESARROLLADAS: Se realizan concertaciones con entidades publicas y privadas, así como con miembro de la comunidad tales como líderes sociales , comerciantes destacados y vendedores informales.<br>3. PRODUCTO (EVIDENCIA): * 2 actas de convocatoria<br>* 25 actas de concertación. |
| 5 | 1. OBLIGACIÓN: Realizar la identificación y enganche de la población que se encuentren en el contexto donde desarrolla sus<br>actividades, de acuerdo a los lineamientos técnicos de los entornos y procesos transversales del convenio Interadministrativo PSPIC.<br>2. ACTIVIDADES DESARROLLADAS: * Se realizaron recorridos de búsqueda activa para identificar población LGBTI y ASP.<br>* se realiza convocatoria para evaluar riesgo de consumo en poblacion LGBTI y ASP.<br>* Se realiza articulaciones en red<br>3. PRODUCTO (EVIDENCIA): * Actas de concertacion.<br>* Registro fotográfico de actividades.<br>* Actas de convocatoria para evaluacion del riesgo de consumo en poblacion LGBTI y ASP. |
| 6 | 1. OBLIGACIÓN: Organizar el archivo de la documentación generada de acuerdo a la normatividad y tabla de retención documenta<br>2. ACTIVIDADES DESARROLLADAS: * Se organizaron los formatos y productos de forma cronológica y por localidad en las carpetas respectivas, de acuerdo a las normas de archivística.<br>* Se organizaron las carpetas dentro de las cajas las cuales fueron rotuladas en debida forma.<br>3. PRODUCTO (EVIDENCIA): * Una carpeta del mes de agosto con los soportes del gestor, debidamente organizados.<br>* Una caja de archivo que contiene las capetas de los productos de la estragia. |
| 7 | 1. OBLIGACIÓN: Garantizar la informacion con calidad de los usuariosque requieren ser canalizados a los equipos de profesionales que realizan los prosesos de canalizaciones a servisios sociales y de salud<br>2. ACTIVIDADES DESARROLLADAS: * Identificacion del usuario (nombre, edad, contacto)<br>* Reconocer el motivo de canalizacion a los servicios requeridos (salud, apoyo social, educacion etc).<br>* Verificar documentos de soportes (historia clinica, cedula, Certificados, etc.<br>3. PRODUCTO (EVIDENCIA): •formato SIRC debidamente diligenciado .<br>* Base de seguimientos actualizada |
| 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<br>equipo de seguimiento y/o interventoría del FFDS_SDS al Convenio Interadministrativo PSPIC (conforme al anexo de CRITERIOS DE GLOSA), serán causal de<br>inicio de apertura de procedimiento administrativo sancionatorio de incumplimiento contractual.<br>2. ACTIVIDADES DESARROLLADAS: * Se garantizó la adecuada ejecución de las actividades en el desarrollo del grupo poblacional que me fue asignado, aportando los productos que se establecieron en el lineamientos de SPAcios de Bienestar y que me fueron socializados de forma oportuna. Además me cercioré que la información consignada en actas y en formatos quedó registrada, completa y calidad.<br>3. PRODUCTO (EVIDENCIA): * 3 actas de convocatoria.<br>* 25 actas de concertacion. |

| | |
|---|---|
| 9 | 2. ACTIVIDADES DESARROLLADAS: * Se organizaron los formatos y productos de forma cronologica y por localidad en las carpetas respectivas, de acuerdo a las normas de archivistica.<br>* Se organizaron las carpetas dentro de las cajas las cuales fueron rotuladas en debida forma.<br>3. PRODUCTO (EVIDENCIA): * Registro fotográfico.<br>* actualizacion del cronograma.<br>* organizacion de espacios para actividades actuales. |

## 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:** | 88388717 | **OPERADOR:** | MI PLANILLA |

| CONCEPTO DEL PAGO | ENTIDAD | FECHA DE PAGO | VALOR PAGADO |
|---|---|---|---|
| SALUD: | SALUD TOTAL | 15/08/2025 | $ 178.000 |
| PENSIÓN: | COLFONDOS | 15/08/2025 | $ 227.800 |
| RIESGOS LABORALES: | BOLIVAR | 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 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** | **OSCAR ALEJANDRO TAPIA CHITIVA**<br>**CC: 1031130520** |
| **FIRMA DE QUIEN VALIDA** | **CLAUDIA IRENE SEGURA VERA**<br>**SUPERVISOR ALTERNO** |
| **FIRMA DE QUIEN CONVALIDA EL CUMPLIMIENTO DE LAS OBLIGACIONES PARA EL PRESENTE PERIODO DE PAGO:** | **LIDA ESPERANZA MONTENEGRO PARRA**<br>**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**<br>**APOYO – GESTION DE CONTRATACIÓN**<br>**FORMATO CUENTA DE COBRO CONTRATO DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS Y DE APOYO A LA GESTIÓN** | **CÓDIGO: AP-IA-FT-014**<br>**VERSIÓN: 7**<br>**FECHA: 2025-06-09** |

**DATOS DEL CONTRATISTA**

**FECHA DE DILIGENCIAMIENTO: 30/09/2025**

| | | | |
|---|---|---|---|
| **NOMBRES Y APELLIDOS:** | OSCAR ALEJANDRO TAPIA CHITIVA | **CC:** | 1.031.130.520 |
| **CORREO ELECTRÓNICO:** | oscartapia0112@gmail.com | **TELÉFONO:** | 3143138818 |
| **DIRECCIÓN DOMICILIO:** | KR 21 41B 15 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 | **N° CUENTA:** | 0550008400703792 |

**DATOS DEL PERIODO OBJETO DE PAGO**

| | | | |
|---|---|---|---|
| **N° DEL CONTRATO:** | PS 3341 2025 | **VALOR CORRESPONDIENTE AL PERIODO OBJETO DE COBRO** | $ 741.922 |
| **FECHA DE INICIO CONTRATO** | 01/01/2025 | **FECHA DE TERMINACIÓN CONTRATO:** | 30/09/2025 |
| **PERIODO OBJETO DE COBRO:** | 1/08/2025 AL 31/08/2025 | | |

**NOMBRE Y FIRMA DEL CONTRATISTA: OSCAR ALEJANDRO TAPIA CHITIVA**
**CC: 1.031.130.520**
**CEL: 3143138818**

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 | 1031130520 | OSCAR ALEJANDRO TAPIA CHITIVA | CR 14 B N 33A 21 SUR | 5681496 | oscartapia0112@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 | |
| 2025-07 | 2025-07 | I | 15/08/2025 | 88388717 | $443.100 | |

## 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 | 9 | 1.100 | 0 | 179.100 | 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 |
| 231001 | Colfondos | 800227940-6 | 227.800 | 0 | 0 | 0 | 0 | 9 | 1.300 | 0 | 229.100 | 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 | 34.700 | | | | 34.700 | 9 | 200 | 34.900 | | | 347 | 34.900 | 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 | 9 | 0 | 0 | 0 |
| ICBF | | | | |
| 0 | 9 | 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 | 179.100 |
| Pensión | 1 | 227.800 | 229.100 |
| Riesgos Laborales | 1 | 34.700 | 34.900 |
| CCF | 0 | 0 | 0 |
| ESAP | 0 | 0 | 0 |
| ICBF | 0 | 0 | 0 |
| MEN | 0 | 0 | 0 |
| SENA | 0 | 0 | 0 |
| TOTALES | 3 | 440.500 | 443.100 |

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 | 1031130520 | OSCAR ALEJANDRO TAPIA CHITIVA | | CR 14 B N 33A 21 SUR | 5681496 | oscartapia0112@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 | |
| 2025-07 | 2025-07 | I | 15/08/2025 | 88388717 | $443.100 | |

## DETALLE POR COTIZANTE

| INFORMACIÓN COTIZANTE | | | | | | | | INFORMACIÓN NOVEDADES | | | | | | | | | | | | | | | | PENSIÓN | | | | | | | SALUD | | | RIESGOS LABORALES | | | | CCF | | | PARAFISCALES | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| Tipo | No. de Identificación | Apellidos y Nombres | Cotizante | Subtipo | Extranjero | Colom. exterior | Estudiante | 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 |
| CC | 1031130520 | TAPIA CHITIVA OSCAR ALEJANDRO | 59 | 0 | | | N | | | | | | | | | | | | | | | | | 231001 | 1.423.500 | 227.800 | 0 | 0 | 0 | 0 | EPS002 | 1.423.500 | 178.000 | 14-7 | 1.423.500 | 3 | 34.700 | | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 |

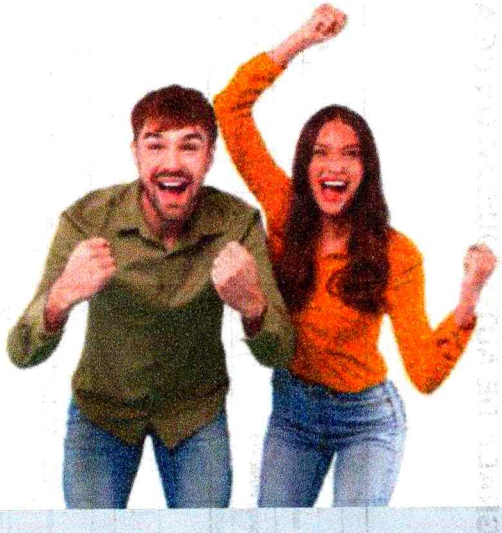
PAGADA

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

## ¡Hola, Oscar Alejandro Tapia Chitiva!

**Estado de la Transacción:** Aprobada

### Los siguientes son los datos de tu transacción:



**Valor:** $ 443.100

**Empresa:** COMPENSAR-OI

**Descripción:** MiPlanilla.com Pago Proteccion Social

**Fecha de la transacción:** 15/08/2025

**CUS:** 1702976636

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.