		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					
JUAN DAVID MONTENEGRO BARON					
CON CC: N°				1,022,446,543	
OBJETO DEL CONTRATO:		PRESTAR SERVICIOS COMO PROFESIONAL UNIVERSITARIO EN MEDICINA VETERINARIA 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 4843 2025	FECHA INICIO CONTRATO	14/02/2025
VALOR INICIAL DEL CONTRATO		\$ 18,524,697	No. HORAS EJECUTADAS	184	
VALOR TOTAL DEL CONTRATO INCLUIDO ADICIONES:		\$ 27,399,715	VALOR DE HONORARIOS PERÍODO A CERTIFICAR:		\$ 4,127,120
PLAZO TOTAL DEL CONTRATO INCLUIDO PRORROGAS		6 MESES 17 DIAS			
UNIDAD FUNCIONAL EJECUCIÓN DE ACTIVIDADES:			GSP PSPIC - VSA 6PM CENTRO DE SALUD PRIMERA DE MAYO		
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 realizan actividades de fiscalización sanitaria en establecimientos. 3. PRODUCTO (EVIDENCIA): Soportes de actividades de IVC en físico en archivo central del área VSA y en magnético en el DRIVE creado para tal fin.				
2	1. OBLIGACIÓN: Presentar mensualmente el cronograma de actividades a desarrollar. 2. ACTIVIDADES DESARROLLADAS: Se presenta cronograma de actividades mensuales a desarrollar 3. PRODUCTO (EVIDENCIA): Cronograma de actividades en formato definido por la supervision del contrato				
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 presenta la información y/o soportes que se soliciten según las actividades, metas y productos programados en el mes 3. PRODUCTO (EVIDENCIA): Soportes de actividades de IVC en físico en archivo central del área VSA y en magnético en el DRIVE creado para tal fin.				
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 habitación y acreditación de servicios de salud. 2. ACTIVIDADES DESARROLLADAS: Apoyo de actividades inherentes al objeto del contrato para el mejoramiento continuo de calidad. 3. PRODUCTO (EVIDENCIA): Formato físicos de IVC en archivo central del área VSA y registro de los mismos en el aplicativo SIVIGILA DC para el mes certificado.				
5	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 profesional y conforme a los anexos y lineamientos técnicos que hagan parte de la relación contractual entre el FDS y la Subred. 2. ACTIVIDADES DESARROLLADAS: Actividades de IVC desarrolladas en la Localidad de Santa Fe: 23 Visitas de IVC a Expendios de Carne y Productos Cárnicos - 18 Visitas de IVC a Restaurantes -8 Gestiones sanitarias 2 Operativos de vehículos - 1 Autorización de carne y productos carnicos, 1 apoyo lider corferías 3. PRODUCTO (EVIDENCIA): Formato físicos de IVC en archivo central del área VSA y registro de los mismos en el aplicativo SIVIGILA DC para el mes certificado.				
6	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: Apropiación conceptual de los lineamientos tecnicos enviados desde nivel central de la SDS y reinducciones direccionadas desde la línea de intervencion. 3. PRODUCTO (EVIDENCIA): Acta soporte de la lectura que reposa en poder del lider de la línea de Alimentos Sanos y Seguros				

7	1. OBLIGACIÓN: Desarrollar los procesos descritos en los lineamientos técnicos relacionados con la Vigilancia de la Salud ambiental-VSA del convenio Interadministrativo PSPIC, según las competencias de la autoridad sanitaria verificando la normatividad sanitaria y garantizando la prevención y control de los diferentes factores de riesgo que puedan poner en peligro a la salud pública. 2. ACTIVIDADES DESARROLLADAS: Actividades de IVC desarrolladas en la Localidad de Santa Fe: 23 Visitas de IVC a Expendios de Carne y Productos Cárnicos - 18 Visitas de IVC a Restaurantes -8 Gestiones sanitarias 2 Operativos de vehículos - 1 Autorización de carne y productos cárnicos, 1 apoyo líder corferías 3. PRODUCTO (EVIDENCIA): Formato físicos de IVC en archivo central del área VSA y registro de los mismos en el aplicativo SIVIGILA DC para el mes certificado.
8	1. OBLIGACIÓN: Notificar los eventos de interés en salud pública detectados en cada una de sus intervenciones. 2. ACTIVIDADES DESARROLLADAS: Se notifican los eventos de interés en salud pública detectados en las intervenciones en campo. 3. PRODUCTO (EVIDENCIA): Formato de canalización para atención de los eventos de interés en salud pública detectados en las intervenciones en campo.
9	1. OBLIGACIÓN: Organizar el archivo de la documentación generada de acuerdo a la normatividad y tabla de retención documental. 2. ACTIVIDADES DESARROLLADAS: Entregar soportes generados en intervenciones de manera que cumplan los criterios de calidad para su digitación de tal forma que no se generen inconsistencias en el proceso; así como los soportes subidos al drive de escaner establecidos por la subred. 3. PRODUCTO (EVIDENCIA): Soportes de actividades de IVC en físico y escaneados con criterios de calidad y pertinencia para su digitación
10	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. 2. ACTIVIDADES DESARROLLADAS: No hubo para el periodo 3. PRODUCTO (EVIDENCIA): No hubo para el periodo
11	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: Durante el mes no se recibió visita por parte de la SDS_FFD para realizar el proceso de auditoría del componente de VSA, sin embargo fue realizado el proceso de preauditoría de la línea de intervención garantizando así la calidad y oportunidad de los soportes de las actividades ejecutadas, PENDIENTE SEGUIMIENTO AUDITORIA. 3. PRODUCTO (EVIDENCIA): Durante el mes no se recibió visita por parte de la SDS_FFD para realizar el proceso de auditoría del componente de VSA, sin embargo fue realizado el proceso de preauditoría de la línea de intervención garantizando así la calidad y oportunidad de los soportes de las actividades ejecutadas, PENDIENTE SEGUIMIENTO AUDITORIA.
12	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: Soportes de actividades de IVC en físico en archivo central del área VSA y en magnético en el DRIVE creado para tal fin. 3. PRODUCTO (EVIDENCIA): Relación de soportes y/o actas de IVC al correo basesscan@gmail.com

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 **cláusula "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:	89039422	OPERADOR:	MI PLANILLA
CONCEPTO DEL PAGO	ENTIDAD	FECHA DE PAGO	VALOR PAGADO
SALUD:	SANITAS	15/8/2025	\$ 206,400
PENSIÓN:	PORVENIR	15/8/2025	\$ 264,200
RIESGOS LABORALES:	SURA	15/8/2025	\$ 40,300
OTRO			
TOTAL PAGADO			\$ 510,900

V. DECLARACIONES DEL CONTRATISTA

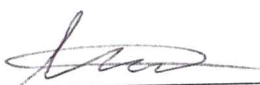
- 1.- Que desarrollé las actividades descritas en el informe anexo, dentro del período de cobro.
- 2.- Que realicé el pago de la Seguridad Social donde el IBC se calculó sobre el 40% de los ingresos cancelados del mes anterior pago del cual anexo copia simple, sin que en ningún caso el IBC sea menor a 1 SMMVLV (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

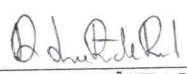
(Cuando se requiera como una de las obligaciones del contrato)

Anexar evidencias fotográficas y/o documentales que soporten las actividades realizadas en el periodo correspondiente

NOMBRE Y FIRMA DEL CONTRATISTA

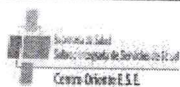

JUAN DAVID MONTENEGRO BARON
CC: 1022446543

FIRMA DE QUIEN VALIDA


JAVIER RICARDO PEÑUELA PEREZ
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 – GESTIÓN 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: 31/08/2025

NOMBRES Y APELLIDOS:	JUAN DAVID MONTENEGRO BARON	CC:	1,022,446,543
CORREO ELECTRÓNICO:	juandmb99@gmail.com	TELÉFONO:	3195308593
DIRECCIÓN DOMICILIO:	KR 69 D 4 28 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:	BANCOLOMBIA	TIPO DE CUENTA:	AHORROS	Nº CUENTA:	91292477983
--------------------------	-------------	-----------------	---------	------------	-------------

DATOS DEL PERIODO OBJETO DE PAGO

Nº DEL CONTRATO:	PS 4843 2025	VALOR CORRESPONDIENTE AL PERIODO OBJETO DE COBRO	\$ 4,127,120
FECHA DE INICIO CONTRATO	14/02/2025	FECHA DE TERMINACIÓN CONTRATO:	31/08/2025
PERIODO OBJETO DE COBRO:	1/08/2025	AL	31/08/2025

NOMBRE Y FIRMA DEL CONTRATISTA: JUAN DAVID MONTENEGRO BARON

CC: 1,022,446,543

CEL: 3195308593

PLANILLA INTEGRADA DE AUTOLIQUIDACION DE APORTES

PAG 1 de 2

DATOS DEL APORTANTE						
TIPO	NÚMERO	NOMBRE APORTANTE		DIRECCIÓN	TELÉFONO	CORREO
CC	1022446543	JUAN DAVID MONTENEGRO BARON		Cra 69d #4 28 sur	3195308593	juandmb99@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 (DÍA/MES/AÑO)	TIPO PLANILLA	FECHA PAGO (DÍA/MES/AÑO)	NÚMERO PLANILLA	CANTIDAD
					EMPLEADOS UPC
					1 0
PERIODO SALUD	PERIODO PENSIONES				TOTAL A PAGAR
2025-07	2025-07	I	15/08/2025	89039422	\$511.700

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	206.400	0		0		0	2	300	0	206.700	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	264.200	0	0	0	0	2	400	0	264.600	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										
14-11	ARL SURA	890303790-5	40.300				40.300	2	100	40.400			403	40.400	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	2	0	0	0
ICBF				
0	2	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	206.400	206.700
Pensión	1	264.200	264.600
Riesgos Laborales	1	40.300	40.400
CCF	0	0	0
ESAP	0	0	0
ICBF	0	0	0
MEN	0	0	0
SENA	0	0	0
TOTALES	3	510.900	511.700

DATOS DEL APORTANTE						
TIPO	NÚMERO	NOMBRE APORTANTE	DIRECCIÓN	TELÉFONO	CORREO	EXONERADO PAGO PARAFISCALES Y SALUD
CC	1022446543	JUAN DAVID MONTENEGRO BARON	Cra 69d #4 28 sur	3195308593	juandmb99@gmail.com	
FORMA PRESENTACIÓN	CLASE APORTANTE	NOMBRE SUCURSAL	CÓDIGO	DEPARTAMENTO	CIUDAD / MUNICIPIO	
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	89039422	\$511.700

DETALLE POR COTIZANTE

INFORMACIÓN COTIZANTE				INFORMACIÓN NOVEDADES																		PENSIÓN				SALUD		RIESGOS LABORALES			CCF		PARAFISCALES																							
No.	Tipo	No. de Identificación	Apellidos y Nombres	Cotizante	Beneficiario	Exonerado	Cotización	Exonerado	IBF	RET	TOS	TAE	TDP	TAP	VBP	VST	VSA	VAC	VAC	VAC	VAC	VAC	VAC	VAC	VAC	VAC	VAC	VAC	VAC	VAC	VAC	VAC	VAC	Cód. APP	IBC APP	Cotización	Voluntario 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	1022446543	MONTENEGRO BARON JUAN DAVID	57	0	N									X																		230301	1.650.848	264.200	0	0	0	0	EPS005	1.650.848	206.400	14-11	1.650.848	3	40.300		0	0	0	0	0	0	0	0	0

PAGADA

¡Hola, ANGIE KATHERINE BARRAGAN PEREZ!

Estado de la Transacción: Aprobada ✓

Valor: \$ 511.700

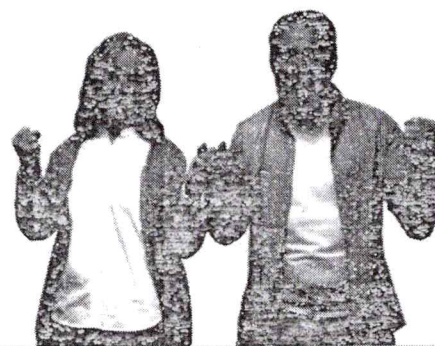
Empresa: COMPENSAR-OI

Descripción: MiPlanilla.com Pago Proteccion Social

Fecha de la transacción: 15/08/2025

CUS: 1703306697

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.



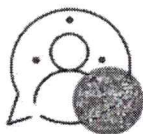
Cambia tus contraseñas con regularidad.



Digita manualmente la URL del portal de tu entidad financiera.



Recuerda que PSE nunca te contactará para solicitarte información personal.



Para mayor información comunícate con nosotros:



En Bogotá: +57 (601) 3808890 Opción 5



Contáctanos: <https://www.pse.com.co/persona-centro-de-ayuda>

pse

Un servicio de

ach

