	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			
WILSON ENRIQUE BELTRAN ROMERO			
	CON CC: Nº	79,806,215	
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 3350 2025	**FECHA INICIO CONTRATO**	02/01/2025
VALOR INICIAL DEL CONTRATO	$ 9,226,128	**No. HORAS EJECUTADAS**	184
VALOR TOTAL DEL CONTRATO INCLUIDO ADICIONES:	$ 15,140,340	**VALOR DE HONORARIOS PERÍODO A CERTIFICAR:**	$ 1,587,368
PLAZO TOTAL DEL CONTRATO INCLUIDO PRORROGAS	8 MESES 28 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: Realizar recorrido por los territorios priorizados para la identificacion de actores, instituciones, identificacion del riesgo en salud mental, en salud sexual y reproductiva. Realizar actividades de enganche en los diferentes puntos de la identificacion de salud mental y salud sexual las localidades. 3. PRODUCTO (EVIDENCIA): Formato de acta. Formato de Diario de Campo. Formatode Sesiones Colectivas.
2	1. OBLIGACIÓN: Presentar mensualmente el cronograma de actividades a desarrollar. 2. ACTIVIDADES DESARROLLADAS: Presentar proyección y actualización cronograma por medio fisico y magnetico del mes de Septiembre 2025. 3. PRODUCTO (EVIDENCIA): Formato cronograma en medio magnetico subido en el drive que se dispone para el entorno cuidador comunitario.
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: Registro de información al seguimiento al plan de accion, registro de informacion poblacional en matriz de monitoreo. Registro de la base Mapa de Actores. proporcionar información cuantitativa de la poblacional registrada en formato de sesiones colectivas, reportada en base excel o al profesional También proporcionar información de concertaciones y articulación para generar cronograma. 3. PRODUCTO (EVIDENCIA): Formato plan de accion, matriz de moniroreo, Formato seciones colectivas. Formato de base Mapa de Actores.
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: Llevar a cabo apoyo a las actividades que están sujetas al objeto contractual, por medio de verifiación de la información en aplicativos, tales como, comprobador de derechos, ADRES. 3. PRODUCTO (EVIDENCIA): Aplicativos, Comprobador de derechos, ADRES.
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: Recorridos de identificacion del riesgo en salud sexual y resproductiva, salud mental y cronicos, enganches en las localidades abordadas, de acuerdo a la proyeccion de puntos del mes de Septiembre, articulaciones y concertaciones con lideres y actores sociales para realizar acciones propias del equipo. 3. PRODUCTO (EVIDENCIA): Formato de diario de Campo, formato acta. Formato Sesión Colectivas.
6	1. OBLIGACIÓN: Organizar el archivo de la documentación generada de acuerdo a la normatividad y tabla de retención documental. 2. ACTIVIDADES DESARROLLADAS: Realizar organización documental del archivo del año 2025. el dia 19 de Septiembre del 2025. 3. PRODUCTO (EVIDENCIA): Formato acta de entrega de archivo.
7	1. OBLIGACIÓN: Dar cumplimiento a las actividadesde los procesos TRANSVERSALES del PSPIC, de acuerdo a su competencia:CANALIZACIONES, PAI, Educaciónpara la salud publica, GESI, ACCVSyE, Notificación de EISPy Participación Social 2. ACTIVIDADES DESARROLLADAS: Se realiza articulacion con actores sociales para la ejecucion de las actividades propias del equipo, lo cuales fueron identificados por los recorridos territoriales, en las diferentes localidades de la Subred Centro Oriente. 3. PRODUCTO (EVIDENCIA): Formato de Acta.
8	1. OBLIGACIÓN: El contratista se obliga a que las glosas que se generen por imcumplimiento 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), seran causal de inicio de apertura de procedimiento administrativo sancionatorio de incuplimiento contractual. 2. ACTIVIDADES DESARROLLADAS: Realizar de manera oportuna y con calidad las acciones propias del perfil revisando de manera detallada las glosas generadas por el equipo de seguimiento y/o interventoria del FFDS_SDS en relación con los hallazgos sobre el incumplimiento de las obligaciones 3. PRODUCTO (EVIDENCIA): Formato de acta. Formato de Diario de Campo. Formatode Sesiones Colectivas. Matriz de informacion poblacional, Matriz de Monitoreo.

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: Asistencia a reuniones de secretaria distrital de salud, direccionamiento técnico, reuniones de entorno, capacitaciones, entrega de soportes, en entorno comunitario. 3. PRODUCTO (EVIDENCIA): Formato acta.

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:	1074896388	**OPERADOR:**	SIMPLE

CONCEPTO DEL PAGO	ENTIDAD	FECHA DE PAGO	VALOR PAGADO
SALUD:	SANITAS	10/09/2025	$ 178,000
PENSIÓN:	PORVENIR	10/09/2025	$ 227,800
RIESGOS LABORALES:	POSITIVA	10/09/2025	$ 34,700
OTRO			
	TOTAL PAGADO		$ 440,500

V. DECLARACIONES DEL CONTRATISTA

1.- Que desarrollé las actividades descritas en el informe anexo, dentro del 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 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	Wilson Beltran **WILSON ENRIQUE BELTRAN ROMERO** **CC: 79806215**
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:	WILSON ENRIQUE BELTRAN ROMERO	**CC:**	79,806,215
CORREO ELECTRÓNICO:	wisonb1912@hotmail.com	**TELÉFONO:**	3202476551
DIRECCIÓN DOMICILIO:	KR 12 L 28A 10 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 CAJA SOCIAL	**TIPO DE CUENTA:**	AHORROS	**Nº CUENTA:**	24108524970

DATOS DEL PERIODO OBJETO DE PAGO			
Nº DEL CONTRATO:	PS 3350 2025	**VALOR CORRESPONDIENTE AL PERIODO OBJETO DE COBRO**	$ 1,587,368
FECHA DE INICIO CONTRATO	02/01/2025	**FECHA DE TERMINACIÓN CONTRATO:**	30/09/2025
PERIODO OBJETO DE COBRO:	1/09/2025 AL 30/09/2025		

Wilson Beltran

NOMBRE Y FIRMA DEL CONTRATISTA: WILSON ENRIQUE BELTRAN ROMERO
CC: 79,806,215
CEL: 3202476551

PAGOSIMPLE | AUTOLIQUIDACION CONSOLIDADA

Fecha creación reporte: 2025-09-11, 11:29:30 AM | Tipo Planilla: I: PLANILLA INDEPENDIENTES | Número Planilla: 1074896388

Periodo Cotización: agosto de 2025 | Periodo Servicio: agosto de 2025 | Referencia pago 8822903295

PAGADA 10/09/2025 EN HORARIO EXTENDIDO

I. DATOS DEL APORTANTE

Razón Social	WILSON ERIQUE BELTRAN ROMERO		
Documento	CC79806215	Dirección	CR 12L #28 A - 10 SUR
Tipo de Empresa	INDEPENDIENTE	Teléfono	3202476551
Tipo Persona	NATURAL	Forma	ÚNICO
Ciudad	BOGOTA D.C.	Departamento	BOGOTA D.C.
Representante Legal		Identificación	
Total Afiliados	1	ARP	POSITIVA DE SEGUROS

II. DETALLE DEL APORTANTE

Datos Afiliado				Novedades																		Pensiones			Salud			Riesgos			Cajas			Parafiscales				Total
Identificación	Apellidos y Nombres	Tipo Cotizante	Subtipo Cotizante	ING	RET	RET P	TDE	TAE	TDP	TAP	VSP	COR	VST	SLN	IGE	LMA	VAC	AVP	VCT	IRP	Días AFP	Días EPS	Días	Días CCF	Administradora	IBC Pensión	Aporte Pensión	Administradora	IBC Salud	Aporte Salud	Tarifa	IBC Riesgos	Aporte Riesgos	Administradora	IBC Caja	Aporte Caja	Aporte Sena	Aporte ICBF	ESAP	Aporte Ministerio	Total
CC 79806215	WILSON ENRIQUE BELTRAN ROMERO	59	0																	0	30	30	30	0	(230301) PORVENIR	$1,423,500	$227,800	(EPS005) EPS SANITAS	$1,423,500	$178,000	2.436	$1,423,500	$34,700	(NIN-CC) NINGUNA CCF	$0	$0	$0	$0	$0	$0	$440,500

III. TOTALES

IBC Pensión	IBC Salud	IBC Riesgos	IBC Cajas	Aportes Pensión	Aportes Salud	Aportes Riesgos	Aportes Cajas	Aportes Sena	Aportes ICBF	Aportes ESAP	Aportes Min Educación	(Incapacidades,licencias,saldos a Favor) EPS	Incapacidades ARP	SUBTOTAL SIN INTERESES DE MORA	TOTAL INTERESES DE MORA	TOTAL FINAL
$1,423,500	$1,423,500	$1,423,500	$0	$227,800	$178,000	$34,700	$0	$0	$0	$0	$0	$0	$0	$440,500	$2,100	$442,600

Lineas de Servicio FonoSIMPLE: Bogotá 4446634 - Cali: 554 0515 - Medellin: 514 66 69 - Bucaramanga: 643 80 00 - Cartagena: 694 54 44 - Pereira: 340 25 82 - Barranquilla: 361 88 50 - Resto del Pais: 018000 971 971 - ¡Más que Fácil, SIMPLE!

Antes de imprimir, asegúrese que sea realmente necesario. Proteger el medio ambiente está en nuestras manos.

¡El Poder de lo SIMPLE!

Pago de servicio o convenio

PAGO SIMPLE (PILA) 8822903295

Valor

$442.600

Fecha y hora de la transacción

10/09/25 - 04:36 p m

Número de autorización

637412

Compartir