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

DEISSY VIVIANA CUEVAS CUEVAS

CON CC: Nº	1.033.720.674
OBJETO DEL CONTRATO:	PRESTAR SERVICIOS COMO PROFESIONAL UNIVERSITARIO EN 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 3726 2025	**FECHA INICIO CONTRATO**	01/01/2025
VALOR INICIAL DEL CONTRATO	$ 27.678.384	**No. HORAS EJECUTADAS**	184
VALOR TOTAL DEL CONTRATO INCLUIDO ADICIONES:	$ 42.884.703	**VALOR DE HONORARIOS PERÍODO A CERTIFICAR:**	$ 4.762.104
PLAZO TOTAL DEL CONTRATO INCLUIDO PRORROGAS	8 MESES 29 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	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 actividades administrativas o de campo de apoyo a la gestión PAI de la localidad 3. PRODUCTO (EVIDENCIA): Formato plan de acción de actividades.
2	1. OBLIGACIÓN: Presentar mensualmente el cronograma de actividades a desarrollar 2. ACTIVIDADES DESARROLLADAS: Realizar las acciones de planeación, organización del Programa Ampliado de Inmunización incluida la vacunación COVID-19 y otras que se incluyan en la modalidad Intramural con el fin de lograr coberturas de vacunación de las IPS asignadas. 3. PRODUCTO (EVIDENCIA): Formato plan de acción de actividades y cronograma mensual
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: Desarrollar las actividades establecidas por lineamiento para el perfil. 3. PRODUCTO (EVIDENCIA): Archivo de documentacion requerida por lineamiento.
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: Realizar seguimiento a los planes de mejora implementados por las IPS con incumplimiento de los compromisos generados en la primera visita y los generados por EAPV. Los planes de mejora se deben cerrar en un plazo máximo de 2 meses con mínimo un seguimiento. 3. PRODUCTO (EVIDENCIA): Seguimiento en acta a planes de mejora estableidos
5	1. OBLIGACIÓN: Cumplir con la meta, actividades y/o productos programados y asignados con la calidad de datos (integridad, oportunidad, consistencias, 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: Realizar el 100% de las atividades estipuladas en los lineamientos remitdos desde SDS 3. PRODUCTO (EVIDENCIA): 20 Actas de AT Acta de revision de informes 20 IPS Descargade REPS
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: Leer y realizar apropiación conceptual según el Manual técnico Administrativo del PAI, las circulares y lineamientos vigentes del PAI. 3. PRODUCTO (EVIDENCIA): Asistencia a reuniones de equipo y comité local.
7	1. OBLIGACIÓN: Desarrollar procesos de asistencia técnica desde los diferentes procesos del Plan de Intervenciones Colectivas conforme a su saber disciplinar y profesional, en función de los requerimientos de los entornos y procesos transversales. 2. ACTIVIDADES DESARROLLADAS: Realizar asistencia técnica al talento humano vacunador y responsable de la vacunación en las IPS con servicio de vacunación habilitado y equipo extramural, en todos los componentes del PAI que incluye la adherencia a guías, evaluación de indicadores del programa incluyendo la vacunación contra COVID 19 y otras que ingresen que ingresen al programa, según población contratada por EAPB (cobertura por biológico, acceso, deserción, completitud, exactitud, oportunidad de vacunación de recién nacidos, calidad de informes, excursiones de temperatura y EAPV); estrategias implementadas para la ruta de atención integral en salud, en el seguimiento a vacunados;Segin hallazgos generar los compromisos para mejorar hallazgos e indicadores del PAI. 3. PRODUCTO (EVIDENCIA): Formato de 20 asistencia tecnica
8	1. OBLIGACIÓN: Implementar las estrategias necesarias para la búsqueda de la población susceptible de vacunación y el logro de coberturas utiles. 2. ACTIVIDADES DESARROLLADAS: Realizar durante la asistencia tecnica seguimientos a las estrategias implementadas por cada IPS para la busqueda de la población suseptible de vacunación 3. PRODUCTO (EVIDENCIA): Actas de asistaencia técnica a las 20 IPS
9	1. OBLIGACIÓN: Gestionar la entrega de distribución de biológico y consolidación de informes mensuales de movimientos de biológicos del proceso de PAI. 2. ACTIVIDADES DESARROLLADAS: Realizar seguimiento a la calidad y congruencia de la entrega de informes por cada una de las IPS 3. PRODUCTO (EVIDENCIA): Acta de revisión de informes
10	1. OBLIGACIÓN: Organizar el archivo de la documentación generada de acuerdo a la normatividad y tabla de retención documental. 2. ACTIVIDADES DESARROLLADAS: Archivo y scanner mensual de los productos elaborados. 3. PRODUCTO (EVIDENCIA): Archivo fisico y scaner en unidad San Jose Obrero.
11	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: Realizar actividades de fortalecimiento a cada una de las IPS de acuerdo al tema priorizado para el mes: EAPV 3. PRODUCTO (EVIDENCIA): Actas de asistaencia técnica a las 20 IPS

12	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: Realizar seguimiento a calidad de los productos establecidos en los lineamientos desde SDS 3. PRODUCTO (EVIDENCIA): Productos segun caja de herramientas
13	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: Cumplimiento de las demás obligaciones asignadas por el supervisor del contrato 3. PRODUCTO (EVIDENCIA): Asistencia a reuniones de equipo.

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:	1074896231	**OPERADOR:**	SIMPLE

CONCEPTO DEL PAGO	ENTIDAD	FECHA DE PAGO	VALOR PAGADO	
SALUD:	COMPENSAR	10/09/2025	$	238.200
PENSIÓN:	COLFONDOS	10/09/2025	$	304.800
RIESGOS LABORALES:	BOLIVAR	10/09/2025	$	46.500
OTRO	CCF COMPENSAR	10/09/2025	$	38.100
	TOTAL PAGADO		**$**	**627.600**

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	Deissy Cuevas **DEISSY VIVIANA CUEVAS CUEVAS** **CC: 1033720674**
FIRMA DE QUIEN VALIDA	Luz Pineda D **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**

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

DATOS DEL CONTRATISTA

FECHA DE DILIGENCIAMIENTO: 30/09/2025

NOMBRES Y APELLIDOS:	DEISSY VIVIANA CUEVAS CUEVAS	**CC:**	1.033.720.674
CORREO ELECTRÓNICO:	enfermeraintramural4.subredco@gmail.com	**TELÉFONO:**	3114982541
DIRECCIÓN DOMICILIO:	DG 48 SUR 18 47	**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	**Nº CUENTA:**	008480366759

DATOS DEL PERIODO OBJETO DE PAGO

Nº DEL CONTRATO:	PS 3726 2025	**VALOR CORRESPONDIENTE AL PERIODO OBJETO DE COBRO.**	$ 4.762.104
FECHA DE INICIO CONTRATO	01/01/2025	**FECHA DE TERMINACIÓN CONTRATO:**	30/09/2025
PERIODO OBJETO DE COBRO:	1/09/2025 AL 30/09/2025		

Deissy Cuevas

NOMBRE Y FIRMA DEL CONTRATISTA: DEISSY VIVIANA CUEVAS CUEVAS
CC: 1.033.720.674
CEL: 3114982541

Simple.

PAGOSIMPLE | AUTOLIQUIDACION CONSOLIDADA

Fecha creación reporte: 2025-09-10, 10:31:12 PM **Tipo Planilla:** I: PLANILLA INDEPENDIENTES **Numéro Planilla:** 1074896231

Periodo Cotización: agosto de 2025 **Periodo Servicio:** agosto de 2025

PAGADO 10/09/2025

I. DATOS DEL APORTANTE

Razón Social	DEISSY VIVIANA CUEVAS CUEVAS		
Documento	CC1033720674	**Dirección**	DG 48 SUR #18 - 47 APT 1703
Tipo de Empresa	INDEPENDIENTE	**Teléfono**	11111
Tipo Persona	NATURAL	**Forma Presentación**	ÚNICO
Ciudad	BOGOTA D.C.	**Departamento**	BOGOTA D.C.
Representante Legal		**Identificación**	
Total Afiliados	1	**ARP**	SEGUROS BOLIVAR

II. DETALLE DEL APORTANTE

Datos del 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 ARP	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 1033720674	DEISSY VIVIANA CUEVAS CUEVAS	59	00																	0	30	30	30	30	(231001) COLFONDOS	$ 1.905.000	$ 304.800	(EPS008) COMPENSAR EPS	$ 1.905.000	$ 238.200	2,436	$ 1.905.000	$ 46.500	(CCF24) COMPENSAR CCF	$ 1.905.000	$ 38.100	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 627.600

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
$ 1.905.000	$ 1.905.000	$ 1.905.000	$ 1.905.000	$ 304.800	$ 238.200	$ 46.500	$ 38.100	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 627.600	$ 0	$ 627.600

Líneas de Servicio FonoSIMPLE: Bogotá 601 4446634 - Cali: 602 5540577 - Medellín: 604 5146669 - Bucaramanga: 607 6438000 - Cartagena: 605 6945444 - Pereira: 606 3402582 - Barranquilla: 605 3618850 - Resto del País: 018000 971 971 - ¡Más que Fácil, SIMPLE!

¡El Poder de lo SIMPLE!

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

DAVIVIENDA

BANCO DAVIVIENDA S.A.

CERTIFICA:

Que **DEISSY VIVIANA**, quien se identifica con **Cédula de ciudadanía** No. **1033720674** y es titular de la cuenta terminada en ****6759** , realizó el siguiente pago a través de :

Fecha del pago	Valor	Destino	Factura - Referencia	Número de Autorización
10/09/2025	$ 627.600,00	SIMPLE OI	1767587902	67587902

Se expide en Bogotá, el 10-09-2025.

Atentamente,

BANCO DAVIVIENDA S.A.

Banco Davivienda S.A.

ENDENCIA FINANCIERA
DE COLOMBIA

BANCO DAVIVIENDA S.A.

CERTIFICA

Que [illegible] identificado con Cedula de ciudadania No. [illegible] titular de la cuenta [illegible] con la siguiente [illegible]

[illegible]

Se expide en Bogota [illegible]

Atentamente,

BANCO DAVIVIENDA S.A.