



**SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E**  
**APOYO – GESTIÓN 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**

**MARIA CAMILA GONZALEZ CORREA**

**CON CC: N° 1,032,458,181**

**OBJETO DEL CONTRATO:** PRESTAR SERVICIOS PROFESIONALES EN MEDICINA 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 5964 2025      **FECHA INICIO CONTRATO** 18/07/2025

**VALOR INICIAL DEL CONTRATO** \$ 7,143,156      **No. HORAS EJECUTADAS** 184

**VALOR TOTAL DEL CONTRATO INCLUIDO ADICIONES:** \$ 12,164,070      **VALOR DE HONORARIOS PERIODO A CERTIFICAR:** \$ 4,762,104

**PLAZO TOTAL DEL CONTRATO INCLUIDO PRORROGAS** 2 MESES 12 DIAS

**UNIDAD FUNCIONAL EJECUCIÓN DE ACTIVIDADES:** GSP PSPIC - VSP  
6BH CENTRO DE SALUD BELLO HORIZONTE

**NOMBRE DEL SUPERVISOR:** MARIA CRISTINA DUARTE GARZON  
PROFESIONAL ESPECIALIZADO AREA DE LA SALUD CÓDIGO 242 GRADO 29

**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)**

ITEM	DESCRIPCIÓN DE ACTIVIDADES
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: Servicios como Profesional Universitario en Medicina. 3. PRODUCTO (EVIDENCIA): /250_46_8_PSPIC_SIVIGILA_2025/_250_46_8_EEVV
2	1. OBLIGACIÓN: Presentar mensualmente el cronograma de actividades a desarrollar. 2. ACTIVIDADES DESARROLLADAS: Entrega del cronograma de actividades del mes de agosto /250_46_8_PSPIC_SIVIGILA_2025/_250_46_8_EEVV 3. PRODUCTO (EVIDENCIA):
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: Revisión de bases de datos (semanal, acumulada) RUA FND, con énfasis en la cadena de defunción. 2.Revisión de cabalidad en muestra representativa de las historias clínicas de las 3. PRODUCTO (EVIDENCIA): \\172.26.33.40\sivigila2025\$\250_46_8_EEVV\6.CABALIDAD\9.SEPTIEMBRE
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: 1.Revisión de bases de datos (semanal, acumulada) RUA FND, con énfasis en la cadena de defunción. 2.Revisión de cabalidad en muestra representativa de las historias clínicas de las instituciones 3. PRODUCTO (EVIDENCIA): \\172.26.33.40\sivigila2025\$\250_46_8_EEVV\6.CABALIDAD\9.SEPTIEMBRE
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 experiencia en programas y planes de salud pública conforme a los anexos y lineamientos técnicos del convenio Interadministrativo PSPIC. 2. ACTIVIDADES DESARROLLADAS: 1.Revisión de bases de datos (semanal, acumulada) RUA FND, con énfasis en la cadena de defunción. 2.Revisión de cabalidad en muestra representativa de las historias clínicas de las instituciones. 3. PRODUCTO (EVIDENCIA): \\172.26.33.40\sivigila2025\$\250_46_8_EEVV\6.CABALIDAD\9.SEPTIEMBRE
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: Lectura de los lineamientos y preliminares y análisis de las tareas asignadas. 3. PRODUCTO (EVIDENCIA): /250_46_8_PSPIC_SIVIGILA_2025/_250_46_8_EEVV
7	1. OBLIGACIÓN: Realizar las intervenciones epidemiológicas de campo, y demás actividades requeridas en los lineamientos técnicos del convenio Interadministrativo PSPIC. 2. ACTIVIDADES DESARROLLADAS: 1.Revisión de bases de datos (semanal, acumulada) RUA FND, con énfasis en la cadena de defunción. 2.Revisión de cabalidad en muestra representativa de las historias clínicas de las instituciones. 3. PRODUCTO (EVIDENCIA): \\172.26.33.40\sivigila2025\$\250_46_8_EEVV\6.CABALIDAD\9.SEPTIEMBRE
8	1. OBLIGACIÓN: Notificar los eventos de interés en salud pública detectados en cada una de sus intervenciones. 2. ACTIVIDADES DESARROLLADAS: Verificación de mortalidad por eventos de interés en salud pública a través de la evaluación del indicador de Cabilidad y revisión de cadenas causales. 3. PRODUCTO (EVIDENCIA): \\172.26.33.40\sivigila2025\$\250_46_8_EEVV\6.CABALIDAD\
9	1. OBLIGACIÓN: Organizar el archivo de la documentación generada de acuerdo con la normatividad y tabla de retención documental. 2. ACTIVIDADES DESARROLLADAS: Archivo en carpetas Informe de Cabilidad 3. PRODUCTO (EVIDENCIA): \\172.26.33.40\sivigila2025\$\250_46_8_EEVV\6.CABALIDAD\9.SEPTIEMBRE

10	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). 2. ACTIVIDADES DESARROLLADAS: Se presenta Preauditoria a líder del proceso de SIVIGILA y los soportes requeridos. Para el periodo evaluado no se presenta auditoria externa que genere glosa y/o otros compromisos 3. PRODUCTO (EVIDENCIA): \\172.26.33.40\sivigila2025\250_46_8_EEVV\PREAUDITORIA
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). 2. ACTIVIDADES DESARROLLADAS: Participar en las reuniones de inducción administrativa y de inducción al proceso de EEV. 3. PRODUCTO (EVIDENCIA): C:\Users\ubh-epi-051\Desktop\250_46_8_EEVV2025_MAY_5\14.ACTAS_GESTION\9 SEPTIEMBRE
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: 3. PRODUCTO (EVIDENCIA):

### 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:	1075613406	OPERADOR:	SIMPLE
CONCEPTO DEL PAGO	ENTIDAD	FECHA DE PAGO	VALOR PAGADO
SALUD:	SANITAS	12/09/2025	\$ 238,100
PENSIÓN:	COLPENSIONES	12/09/2025	\$ 304,800
RIESGOS LABORALES:	SURA	12/09/2025	\$ 46,500
OTRO			
TOTAL PAGADO			\$ 589,400

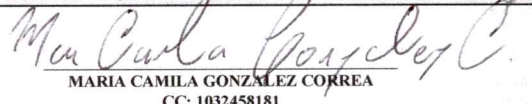

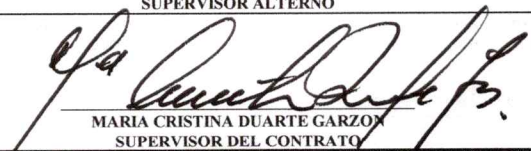
### V. DECLARACIONES DEL CONTRATISTA

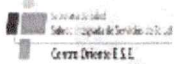
- 1.- Que desarrollé las actividades descritas en el informe anexo, dentro del periodo de cobro.
- 2.- Que realicé el pago de la Seguridad Social donde el IBC se calculó sobre el 40% de los ingresos cancelados del mes anterior pago del cual anexo copia simple, sin que en ningún caso el IBC sea menor 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 fotograficas y/o documentales que soporten las actividades realizadas en el periodo correspondiente

NOMBRE Y FIRMA DEL CONTRATISTA	 MARIA CAMILA GONZALEZ CORREA CC: 1032458181
FIRMA DE QUIEN VALIDA	 OLGA LUCIA FORERO GONZALEZ SUPERVISOR ALTERNO
FIRMA DE QUIEN CONVALIDA EL CUMPLIMIENTO DE LAS OBLIGACIONES PARA EL PRESENTE PERIODO DE PAGO:	 MARIA CRISTINA DUARTE GARZON 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**

<b>NOMBRES Y APELLIDOS:</b>	MARIA CAMILA GONZALEZ CORREA	<b>CC:</b>	1,032,458,181
<b>CORREO ELECTRÓNICO:</b>	<a href="mailto:mariacagonzalezcorrea@gmail.com">mariacagonzalezcorrea@gmail.com</a>	<b>TELÉFONO:</b>	3505206238
<b>DIRECCIÓN DOMICILIO:</b>	CL 59 56 63	<b>CIUDAD:</b>	BOGOTÁ

**Manifiesto bajo la gravedad del juramento**

<b>NO</b> tomaré costos y deducciones	<input checked="" type="checkbox"/> ( X )
<b>SI</b> tomaré costos y deducciones	<input type="checkbox"/> ( )

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.

<b>BANCO AL CUAL CONSIGNAR:</b>	BANCO DAVIVIENDA	<b>TIPO DE CUENTA:</b>	AHORROS	<b>Nº CUENTA:</b>	4884120109008
---------------------------------	------------------	------------------------	---------	-------------------	---------------

**DATOS DEL PERIODO OBJETO DE PAGO**

<b>Nº DEL CONTRATO:</b>	PS 5964 2025	<b>VALOR CORRESPONDIENTE AL PERIODO OBJETO DE COBRO</b>	\$ 4,762,104
<b>FECHA DE INICIO CONTRATO</b>	18/07/2025	<b>FECHA DE TERMINACIÓN CONTRATO:</b>	30/09/2025
<b>PERIODO OBJETO DE COBRO:</b>	1/09/2025	AL	30/09/2025

*Maria Camila Gonzalez Correa*

**NOMBRE Y FIRMA DEL CONTRATISTA: MARIA CAMILA GONZALEZ CORREA**

**CC:** 1,032,458,181  
**CEL:** 3505206238

# Simple

## PAGOSIMPLE |

AUTOLIQUIDACION  
CONSOLIDADA

Fecha creación reporte: 2025-09-12, 01:57:19 PM

Tipo Planilla:

I: PLANILLA INDEPENDIENTES

Número Planilla: 1075613406

Periodo Cotización:

agosto de 2025

Periodo Servicio:

agosto de 2025

Referencia pago

8823443480

PAGADA 12/09/2025

### I. DATOS DEL APORTANTE

Razón Social	MARIA CAMILA GONZALEZ CORREA		
Documento	CC1032458181	Dirección	CL 59 #56 - 63
Tipo de Empresa	INDEPENDIENTE	Teléfono	3505206238
Tipo Persona	NATURAL	Forma	ÚNICO
Ciudad	BOGOTA D.C.	Departamento	BOGOTA D.C.
Representante Legal		Identificación	
Total Afiliados	1	ARP	ARL SURA

### II. DETALLE DEL APORTANTE

Datos Afiliado				Novedades														Pensiones			Salud			Riesgos			Cajas				Parafiscales			Total						
Identificación	Apellidos y Nombres	Tipo Cotizante	Subtipo Cotizante	ING	RET	TDE	TAE	TDP	TAP	VSP	COR	OTR	SEN	IGE	LMA	VAC	AVP	VCT	IMP	Dias AFP	Dias EPS	Dias 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 1032458181	MARIA CAMILA GONZALEZ CORREA	59	0																	0	30	30	0	(25-14) COLPENSIONES	\$1,904,800	\$304,800	(EPS005) EPS SANITAS	\$1,904,800	\$238,100	2.436	\$1,904,800	\$46,500	(NIN-CC) NINGUNA CCF	\$0	\$0	\$0	\$0	\$0	\$0	\$589,400

### 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
\$1,904,800	\$1,904,800	\$1,904,800	\$0	\$304,800	\$238,100	\$46,500	\$0	\$0	\$0	\$0	\$0	\$0	\$0	\$589,400	\$0	\$589,400

**Pago PSE**

Resultado de su transacción

**Código único CUS**

1771735428

**Destino de pago**

SISTEMA INTEGRADO MULTIPLE DE PAGOS ELECTRONICOS S

**Motivo**

Pago PSE. Ref:8823443480-202508-961347. idTrans:961347

**Fecha**

12/09/2025

**Número de aprobación**

00735428

**Dirección IP**

191.95.50.224

**Valor transacción**

\$ 589.400,00

**Costo de la transacción**

\$ 0,00 IVA incluido

**Referencia 1**

02

**Referencia 2**

900097333

**Referencia 3**

6311