

**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**

**ELKIN JAVIER FRACICA AMAYA**

CON CC: N°

74,084,717

<b>OBJETO DEL CONTRATO:</b>	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.		
<b>CONTRATO DE PRESTACION DE SERVICIOS PROFESIONALES No.</b>	PS 4840 2025	<b>FECHA INICIO CONTRATO</b>	14/02/2025
<b>VALOR INICIAL DEL CONTRATO</b>	\$ 18,524,697	<b>No. HORAS EJECUTADAS</b>	184
<b>VALOR TOTAL DEL CONTRATO INCLUIDO ADICIONES:</b>	\$ 31,526,835	<b>VALOR DE HONORARIOS PERIODO A CERTIFICAR:</b>	\$ 4,127,120
<b>PLAZO TOTAL DEL CONTRATO INCLUIDO PRORROGAS</b>	7 MESES 16 DIAS		
<b>UNIDAD FUNCIONAL EJECUCIÓN DE ACTIVIDADES:</b>	GSP PSPIC - VSA 6PM CENTRO DE SALUD PRIMERA DE MAYO		
<b>NOMBRE DEL SUPERVISOR:</b>	LIDA ESPERANZA MONTENEGRO PARRA PROFESIONAL ESPECIALIZADO ÁREA DE LA SALUD CÓDIGO 242 GRADO 30		
<b>ITEM</b>	<b>II. ACTIVIDADES REALIZADAS EN EL PERIODO, DE ACUERDO CON EL OBJETO Y LAS OBLIGACIONES ESTABLECIDAS EN EL CONTRATO</b> (Deben ser coherentes con las actividades específicas realizadas durante el mes)		
1	<p>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.</p> <p>2. ACTIVIDADES DESARROLLADAS: Se realizan actividades de fiscalización sanitaria en establecimientos.</p> <p>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.</p>		
2	<p>1. OBLIGACIÓN: Presentar mensualmente el cronograma de actividades a desarrollar.</p> <p>2. ACTIVIDADES DESARROLLADAS: Se presenta cronograma de actividades mensuales a desarrollar</p> <p>3. PRODUCTO (EVIDENCIA): Cronograma de actividades en formato definido por la supervisión del contrato</p>		
3	<p>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.</p> <p>2. ACTIVIDADES DESARROLLADAS: Se presenta la información y/o soportes que se soliciten según las actividades, metas y productos programados en el mes</p> <p>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.</p>		
4	<p>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.</p> <p>2. ACTIVIDADES DESARROLLADAS: Apoyo de actividades inherentes al objeto del contrato para el mejoramiento continuo de calidad.</p> <p>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.</p>		
5	<p>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.</p> <p>2. ACTIVIDADES DESARROLLADAS: Se realizan actividades en la localidad de Rafael Uribe UPZ Marruecos así: 3 operativos de alimentos y bebidas alcoholicas, 13 expendios de carne, 2 supermercados intermedios, 2 depositos de alimentos y bebidas, 31 restaurantes, cevicherias y comidas rapidas, 3 visita IVC Otorgar Autorización Sanitaria Expendio o almacenamiento de carne y/o productos cárnicos comestibles, 1 muestreo de alimentos y bebidas</p> <p>3. PRODUCTO (EVIDENCIA): Documentos en físico en archivo central del área VSA</p>		
6	<p>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.</p> <p>2. ACTIVIDADES DESARROLLADAS: Apropiación conceptual de los lineamientos técnicos enviados desde nivel central de la SDS y reinducciones direccionadas desde la línea de intervención.</p> <p>3. PRODUCTO (EVIDENCIA): Acta soporte de la lectura que reposa en poder del líder de la línea de Alimentos Sanos y Seguros</p>		

7	<p>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.</p> <p>2. ACTIVIDADES DESARROLLADAS: Se realizan actividades en la localidad de Rafael Uribe Uribe UPZ Marmecoc así: 3 operativos de alimentos y bebidas alcohólicas, 13 expendios de carne, 2 supermercados intermedios, 2 depósitos de alimentos y bebidas, 31 restaurantes, cevicherías y comidas rápidas, 3 visita IVC Otorgar Autorización Sanitaria Expendio o almacenamiento de carne y/o productos cárnicos comestibles, 1 muestreo de alimentos y bebidas</p> <p>3. PRODUCTO (EVIDENCIA): Documentos en físico en archivo central del área VSA</p>
8	<p>1. OBLIGACIÓN: Notificar los eventos de interés en salud pública detectados en cada una de sus intervenciones.</p> <p>2. ACTIVIDADES DESARROLLADAS: Se notifican los eventos de interés en salud pública detectados en las intervenciones en campo.</p> <p>3. PRODUCTO (EVIDENCIA): Formato de canalización para atención de los eventos de interés en salud pública detectados en las intervenciones en campo.</p>
9	<p>1. OBLIGACIÓN: Organizar el archivo de la documentación generada de acuerdo a la normatividad y tabla de retención documental.</p> <p>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</p> <p>3. PRODUCTO (EVIDENCIA): Soportes de actividades en físico con criterios de calidad</p>
10	<p>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.</p> <p>2. ACTIVIDADES DESARROLLADAS: NO HUBO PARA EL PERIODO</p> <p>3. PRODUCTO (EVIDENCIA): NO HUBO PARA EL PERIODO</p>
11	<p>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.</p> <p>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.</p> <p>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.</p>
12	<p>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.</p> <p>2. ACTIVIDADES DESARROLLADAS: NO HUBO PARA EL PERIODO</p> <p>3. PRODUCTO (EVIDENCIA): NO HUBO PARA EL PERIODO</p>

### 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 **01/09/2025** al **30/09/2025**

### IV. INFORMACIÓN DE APORTES A SEGURIDAD SOCIAL

No. DE PLANILLA:	4621235301	OPERADOR:	SOI
CONCEPTO DEL PAGO	ENTIDAD	FECHA DE PAGO	VALOR PAGADO
SALUD:	SANTAS	11/09/2025	\$ 215,000
PENSIÓN:	PORVENIR	11/09/2025	\$ 275,200
RIESGOS LABORALES:	POSITIVA	11/09/2025	\$ 41,900
OTRO			
TOTAL PAGADO			\$ 532,100


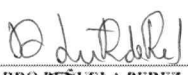
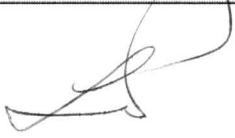
**V. DECLARACIONES DEL CONTRATISTA**

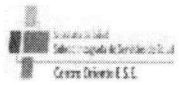
- 1.- Que desarrollé las actividades descritas en el informe anexo, dentro del periodo de cobro.
- 2.- Que realicé el pago de la Seguridad Social donde el IBC se calculó sobre el 40% de los ingresos cancelados del mes anterior pago del cual anexo copia simple, sin que en ningún caso el IBC sea menor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

<p><b>NOMBRE Y FIRMA DEL CONTRATISTA</b></p>	<p> ELKIN JAVIER FRACICA AMAYA CC: 74084717</p>
<p><b>FIRMA DE QUIEN VALIDA</b></p>	<p> JAVIER RICARDO PENUELA PEREZ SUPERVISOR ALTERNO</p>
<p><b>FIRMA DE QUIEN CONVALIDA EL CUMPLIMIENTO DE LAS OBLIGACIONES PARA EL PRESENTE PERIODO DE PAGO:</b></p>	<p> LIDA ESPERANZA MONTENEGRO PARRA SUPERVISOR DEL CONTRATO</p>



**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>	ELKIN JAVIER FRACICA AMAYA	<b>CC:</b>	74,084,717
<b>CORREO ELECTRÓNICO:</b>	<a href="mailto:javierfracica.veterinario@gmail.com">javierfracica.veterinario@gmail.com</a>	<b>TELÉFONO:</b>	3104000296
<b>DIRECCIÓN DOMICILIO:</b>	KR 30 65 47	<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>	BANCOLOMBIA	<b>TIPO DE CUENTA:</b>	AHORROS	<b>Nº CUENTA:</b>	35856217891
---------------------------------	-------------	------------------------	---------	-------------------	-------------

**DATOS DEL PERIODO OBJETO DE PAGO**

<b>Nº DEL CONTRATO:</b>	PS 4840 2025	<b>VALOR CORRESPONDIENTE AL PERIODO OBJETO DE COBRO</b>	\$ 4,127,120
<b>FECHA DE INICIO CONTRATO</b>	14/02/2025	<b>FECHA DE TERMINACIÓN CONTRATO:</b>	30/09/2025
<b>PERIODO OBJETO DE COBRO:</b>	1/09/2025 AL 30/09/2025		

*Elkin Javier Fracica Amaya*

**NOMBRE Y FIRMA DEL CONTRATISTA:** ELKIN JAVIER FRACICA AMAYA

**CC:** 74,084,717  
**CEL:** 3104000296





# PLANILLA INTEGRADA AUTOLIQUIDACIÓN APORTES COMPROBANTE DE PAGO



DATOS GENERALES DEL APORTANTE		
TIPO IDENTIFICACIÓN:	CÉDULA DE CIUDADANÍA	NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN: 74084717
NOMBRE Ó RAZÓN SOCIAL:	ELKIN JAVIER FRACICA AMAYA FRACICA AMAYA	
CIUDAD/MUNICIPIO:	SOGAMOSO DEPARTAMENTO:	BOYACA
DIRECCIÓN:	CRA 7 2-66	TELÉFONO: 7777777
TIPO APORTANTE:	02-INDEPENDIENTE	CLASE APORTANTE: I-INDEPENDIENTE
TIPO EMPRESA:	PRIVADA	ACTIVIDAD ECONOMICA: Actividades reguladoras y
FORMA DE PRESENTACIÓN:	ÚNICO	
APORTANTE EXONERADO PAGO APORTES SALUD, SENA E ICBF (REFORMA TRIBUTARIA):		NO

DATOS GENERALES DE LA PLANILLA		
NÚMERO PLANILLA:	<b>4621235301</b>	TIPO DE PLANILLA: I-INDEPENDIENTES
PERIODO COTIZACIÓN:	MES: agosto	PERIODO COTIZACIÓN MES: agosto
OTROS SUBSISTEMAS:	AÑO: 2025	SALUD: AÑO: 2025
DÍAS DE MORA:	7	
FECHA PAGO (aaaa/mm/dd):	2025/09/11	NÚMERO AUTORIZACIÓN: 9993992791

NOVEDADES																
ING	RET	TDE	TAE	TDP	TAP	COR	VSP	VST	SLN	COM	IGE	LMA	VAC	AVP	VCT	IRP

LIQUIDACIÓN GENERAL				
			TOTALES	
			COTIZANTES	TOTAL PAGADO
<b>PENSIÓN</b>				
ADMINISTRADORA				
NIT	CÓDIGO	NOMBRE		
8002248088	230301	230301-PORVENIR	1	\$ 276.500
<b>SUBTOTAL:</b>			<b>1</b>	<b>\$ 276.500</b>
<b>SALUD</b>				
ADMINISTRADORA				
NIT	CÓDIGO	NOMBRE		
8002514406	EPS005	EPS005-SANITAS S.A.	1	\$ 216.000
<b>SUBTOTAL:</b>			<b>1</b>	<b>\$ 216.000</b>
<b>RIESGOS PROFESIONALES</b>				
ADMINISTRADORA				
NIT	CÓDIGO	NOMBRE		
8600111536	14-23	14-23-POSITIVA COMPAÑIA DE SEGUROS S.A.	1	\$ 42.100
<b>SUBTOTAL:</b>			<b>1</b>	<b>\$ 42.100</b>

<b>VALOR SIN MORA:</b>	<b>\$ 532.100</b>
<b>VALOR MORA:</b>	<b>\$ 2.500</b>
<b>TOTAL PAGADO:</b>	<b>\$ 534.600</b>

EFECTIVO LTOA  
NIT: 830.131.993-1

ORDEN DE SERVICIO

N. OS: 9604874379 DU: 663122  
Cliente: 110263 PILA BECAUDO  
Fecha: 11/09/2025 12:10:43  
PAP: 073002  
Identificación: 74084717  
Nombre: ELKIN JAUIER  
Apellido 1: FRACICA  
Apellido 2: AMAYA  
TIPO DOCUMENTO: CEDULA DE CIUDADANIA  
TELEFONO: 3104000296  
Codigo Planilla: 4621235301  
Periodo Pago: 2025/08  
Valor Comision: 000  
Valor Iva Comision: 000  
Referencia: 74084717 Valor: \$534.600.00

Aplica condiciones particulares con el  
cliente beneficiario

Conserve este recibo, es el unico  
soporte valido para atender cualquier  
reclamacion.

Para reclamaciones presente este  
recibo; tel. (1) 6510101.  
servicioalcliente@efecty.com.co.  
www.efecty.com.co