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			
YULI MARCELA SALINAS TORRES			
CON CC: Nº	1.013.585.698		
OBJETO DEL CONTRATO:	PRESTAR SERVICIOS COMO PROFESIONAL UNIVERSITARIO EN BACTERIOLOGIA ESPECIALIZADO 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 4046 2025	**FECHA INICIO CONTRATO**	01/01/2025
VALOR INICIAL DEL CONTRATO	$ 31.369.056	**No. HORAS EJECUTADAS**	80
VALOR TOTAL DEL CONTRATO INCLUIDO ADICIONES:	$ 61.736.736	**VALOR DE HONORARIOS PERÍODO A CERTIFICAR:**	$ 2.346.480
PLAZO TOTAL DEL CONTRATO INCLUIDO PRORROGAS	8 MESES 29 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		

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 con calidad y oportunidad las actividades de acuerdo al cronograma para dar cumplimiento a la BAI transmisibles. 3. PRODUCTO (EVIDENCIA): \\172.26.33.40\sivigila2025$\250_46_8_SALUD_SEXUAL \\172.26.33.40\sivigila2025$\250_46_8_BAI
2	1. OBLIGACIÓN: Presentar mensualmente el cronograma de actividades a desarrollar 2. ACTIVIDADES DESARROLLADAS: Digitación y ajuste de plan de trabajo del mes de septiembre 2025 Proyección de plan de trabajo del mes de octubre del 2025
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: Presentar soportes de la revision de la BAI transmisibles o segun necesidad. 3. PRODUCTO (EVIDENCIA): \\172.26.33.40\sivigila2025$\250_46_8_SALUD_SEXUAL \\172.26.33.40\sivigila2025$\250_46_8_BAI
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: DESARROLLADAS: Realizar actas con calidad de asistencias técnicas subsistemas sivigila, transmisibles, crònicos, salud sexual y reproductiva, IAAS, enfermedades huerfanas y raras, con UPGD Distritales, 3. PRODUCTO (EVIDENCIA): \\172.26.33.40\sivigila2025$\250_46_8_SALUD_SEXUAL
5	1. OBLIGACIÓN: Cumplir con la meta, actividades y/o productos programados y asignados con la calidad de datos (integridad, oportunidad, consistencias, exactitud) desde su perfil profesional y conforme a los anexos y lineamientos técnicos que hagan parte de la relación contractual entre el FDS y la Subred 2. ACTIVIDADES DESARROLLADAS: participación en reunion de equipo ssr, verificación. Revision BAI de eventos Transmisibles. 3. PRODUCTO (EVIDENCIA): \\172.26.33.40\sivigila2025$\250_46_8_SALUD_SEXUAL
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: Asistir a reuniones como asistencias técnicas subsistemas sivigila, transmisibles, crònicos, salud sexual y reproductiva, IAAS, enfermedades huerfanas y raras, fortalecimiento de 3. PRODUCTO (EVIDENCIA): \\172.26.33.40\sivigila2025$\250_46_8_SALUD_SEXUAL
7	1. OBLIGACIÓN: . Desarrollar procesos de asistencia técnica desde los diferentes procesos del Plan de Intervenciones Colectivas conforme a su saber disciplinar y profesional, en función de los requerimientos de los entornos y procesos transversales 2. ACTIVIDADES DESARROLLADAS: competencias convocadas por líderes de VSP, referentes distritales SDS y demás. 3. PRODUCTO (EVIDENCIA): \\172.26.33.40\sivigila2025$\250_46_8_SALUD_SEXUAL \\172.26.33.40\sivigila2025$\250_46_8_BAI

8	1. OBLIGACIÓN: Realizar las intervenciones epidemiológicas de campo, bloqueo y búsqueda activa comunitaria de los eventos de interés en salud pública, según demanda nuevo VSP. 2. ACTIVIDADES DESARROLLADAS: Realizar , IEC SSYR sifilis gestacional, vih gestacional, mortalidad mterna, mortalidad perinatal, y BAI transmisibles. 3. PRODUCTO (EVIDENCIA): \\172.26.33.40\sivigila2025$\250_46_8_SALUD_SEXUAL \\172.26.33.40\sivigila2025$\250_46_8_BAI
9	1. OBLIGACIÓN: Orientar técnica y operativamente las actividades que adelante el equipo de la línea de intervención, subsistema y/o estrategia del proceso transversal o entorno asignado en la construcción de los diferentes productos, actividades y/o metas conforme a los anexos y lineamientos técnicos 2. ACTIVIDADES DESARROLLADAS: Revisión HC, fichas de notificacion vento 750, 740, 850 550, 560,, Revision de BAI transmisibles mensual. 3. PRODUCTO (EVIDENCIA): \\172.26.33.40\sivigila2025$\250_46_8_SALUD_SEXUAL
10	1. OBLIGACIÓN: . Notificar los eventos de interés en salud pública detectados en cada una de sus intervenciones. 2. ACTIVIDADES DESARROLLADAS: Envio de retroalimentacion, cargue de IEC ITS Envio de retroalimentaciones de BAI transmisibles. 3. PRODUCTO (EVIDENCIA): \\172.26.33.40\sivigila2025$\250_46_8_SALUD_SEXUAL \\172.26.33.40\sivigila2025$\250_46_8_BAI
11	1. OBLIGACIÓN: Organizar el archivo de la documentación generada de acuerdo a la normatividad y tabla de retención documental. 2. ACTIVIDADES DESARROLLADAS: Cargue de IEC en drive distrital. Envio de retroalimentaciones de BAI transmisibles. 3. PRODUCTO (EVIDENCIA): \\172.26.33.40\sivigila2025$\250_46_8_SALUD_SEXUAL \\172.26.33.40\sivigila2025$\250_46_8_BAI
12	1. OBLIGACIÓN: Dar cumplimiento a las actividades de los procesos TRANSVERSALES del PSPIC, de acuerdo a su competencia: CANALIZACIONES, PAI, Educación para la Salud Publica, GESI, ACCVSyE, Notificación de EISP y Participación Social. 2. ACTIVIDADES DESARROLLADAS: Presentar preauditoria con los productos realizados durante el mes presentando soportes fisicos y magneticos de losproductos correspondientes al subsistema TRANSMISIBLES y SALUD SEXUAL Y REPRODUCTIVA. 3. PRODUCTO (EVIDENCIA): \\172.26.33.40\sivigila2025$\250_46_8_SALUD_SEXUAL
13	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 interventoria 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: Presentar preauditoria con los productos realizados durante el mes presentando soportes fisicos y magneticos de losproductos correspondientes al subsistema TRANSMISIBLES Y SALUD SEXUAL Y REPRODUCTIVA. 3. PRODUCTO (EVIDENCIA): \\172.26.33.40\sivigila2025$\250_46_8_SALUD_SEXUAL
14	1. OBLIGACIÓN: Realizar las demás obligaciones que se relacionen con el objeto del contrato y que sean requeridas por la supervisión. Contenidas en el formato de necesidad de personal que hace parte integral del presente contrato. 2. ACTIVIDADES DESARROLLADAS: Reunión de equipo VSP o área, Reunión de equipo de SSR verificación de productos y actas de revisión de productos y demas que sea asignado de cauerdo a la lider, 3. PRODUCTO (EVIDENCIA): \\172.26.33.40\sivigila2025$\250_46_8_SALUD_SEXUAL

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 01/08/2025 al 31/08/2025

IV. INFORMACIÓN DE APORTES A SEGURIDAD SOCIAL

No. DE PLANILLA:	89029350	**OPERADOR:**	MI PLANILLA

CONCEPTO DEL PAGO	ENTIDAD	FECHA DE PAGO	VALOR PAGADO
SALUD:	COMPENSAR	15/08/2025	$ 396.000
PENSIÓN:	COLPENSIONES	15/08/2025	$ 506.900
RIESGOS LABORALES:	SURA	15/08/2025	$ 77.200
OTRO			
TOTAL PAGADO			**$ 980.100**

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	Marcela Salinas S. **YULI MARCELA SALINAS TORRES** **CC: 1013585698**
FIRMA DE QUIEN VALIDA	Nelcy Aydee Florez **NELCY AYDEE FLOREZ PADILLA** **SUPERVISOR ALTERNO**
FIRMA DE QUIEN CONVALIDA EL CUMPLIMIENTO DE LAS OBLIGACIONES PARA EL PRESENTE PERIODO DE PAGO:	 **MARIA CRISTINA DUARTE GARZON** **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:	YULI MARCELA SALINAS TORRES	**CC:**	1.013.585.698
CORREO ELECTRÓNICO:	ymarch2@gmail.com	**TELÉFONO:**	3132358245
DIRECCIÓN DOMICILIO:	KR 26 1 A 17	**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 AV VILLAS	**TIPO DE CUENTA:**	AHORROS	**Nº CUENTA:**	443861641

DATOS DEL PERIODO OBJETO DE PAGO			
Nº DEL CONTRATO:	PS 4046 2025	**VALOR CORRESPONDIENTE AL PERIODO OBJETO DE COBRO**	$ 2.346.480
FECHA DE INICIO CONTRATO	01/01/2025	**FECHA DE TERMINACIÓN CONTRATO:**	30/09/2025
PERIODO OBJETO DE COBRO:	1/08/2025 AL 31/08/2025		

Marcela Salinas T.

NOMBRE Y FIRMA DEL CONTRATISTA: YULI MARCELA SALINAS TORRES
CC: 1.013.585.698
CEL: 3132358245

compensar | miplanilla.com

PLANILLA INTEGRADA DE AUTOLIQUIDACION DE APORTES

DATOS DEL APORTANTE						
TIPO	NÚMERO	NOMBRE APORTANTE		DIRECCIÓN	TELÉFONO	CORREO	EXONERADO PAGO PARAFISCALES Y SALUD
CC	1013585698	YULI MARCELA SALINAS TORRES		CRA 26 # 1A 17	8117128	YMARCH2@GMAIL.COM	
FORMA PRESENTACIÓN	CLASE APORTANTE	NOMBRE SUCURSAL	CÓDIGO	DEPARTAMENTO	CIUDAD / MUNICIPIO		
ÚNICA	I – Independiente			BOGOTÁ. D. C.	BOGOTÁ. D.C.		NO

DATOS DE LA PLANILLA						
PLANILLA ASOCIADA	FECHA PAGO ASOCIADA (DIA/MES/AÑO)	TIPO PLANILLA	FECHA PAGO (DIA/MES/AÑO)	NÚMERO PLANILLA	CANTIDAD	
					EMPLEADOS	UPC
PERIODO SALUD	PERIODO PENSIONES				1	0
					TOTAL A PAGAR	
2025-07	2025-07	I	15/08/2025	89029350	$980.100	

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					
EPS008	Compensar EPS	860066942-7	396.000	0		0		0	0	0	0	396.000	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
25-14	Colpensiones	900336004-7	506.900	0	0	0	0	0	0		506.900	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	890903790-5	77.200				77.200	0	0	77.200			772	77.200	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	0	0	0	0
ICBF				
0	0	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	396.000	396.000
Pensión	1	506.900	506.900
Riesgos Laborales	1	77.200	77.200
CCF	0	0	0
ESAP	0	0	0
ICBF	0	0	0
MEN	0	0	0
SENA	0	0	0
TOTALES	3	980.100	980.100

PAGADA

Este documento está clasificado como PRIVADO por parte de Compensar Operador de Información

compensar | miplanilla.com

PLANILLA INTEGRADA DE AUTOLIQUIDACION DE APORTES

DATOS DEL APORTANTE							
TIPO	NÚMERO	NOMBRE APORTANTE		DIRECCIÓN	TELÉFONO	CORREO	EXONERADO PAGO PARAFISCALES Y SALUD
CC	1013585698	YULI MARCELA SALINAS TORRES		CRA 26 # 1A 17	8117128	YMARCH2@GMAIL.COM	
FORMA PRESENTACIÓN	CLASE APORTANTE	NOMBRE SUCURSAL	CÓDIGO	DEPARTAMENTO	CIUDAD / MUNICIPIO		
ÚNICA	I – Independiente			BOGOTÁ D. C.	BOGOTÁ, D.C.		NO

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	89029350	$980.100	

DETALLE POR COTIZANTE

INFORMACIÓN COTIZANTE								INFORMACIÓN NOVEDADES																PENSIÓN							SALUD			RIESGOS LABORALES				CCF			PARAFISCALES					
No.	Tipo	No. de Identificación	Apellidos y Nombres	Cotizante	Subtipo	Extranjero	Colom. exterior	Exonerado	ING	RET	TDE	TAE	TDP	TAP	VSP	VST	SLN	IGE	LMA	VAC	AVP	VCT	IRL	CORRECCIÓN	Cód. AFP	IBC AFP	Cotización	Voluntario Afiliado	Voluntario Aportante	Fondo pensional de solidaridad	Fondo pensional de subsistencia	Cód. EPS	IBC EPS	Cotización / Valor UPC	Cód. ARL	IBC ARL	Clase de Riesgo	Cotización	Código CCF	IBC CCF	Aporte CCF	IBC otros parafiscales	Aporte SENA	Aporte ICBF	Aporte ESAP	Aporte MEN
1	CC	1013585698	SALINAS TORRES YULI MARCELA	59	0			N																	25-14	3.167.800	506.900	0	0	0	0	EPS008	3.167.800	396.000	14-11	3.167.800	3	77.200		0	0	0	0	0	0	0	0

PAGADA

Este documento está clasificado como PRIVADO por parte de Compensar Operador de Información



AV Villas

Tu pago en COMPENSAR-OI - MiPlanilla.com Pago Proteccion Social fue aprobado

Pedido o Factura No. 89029350



No. de autorización

52529579

Valor	$980.100
Desde	Ahorros No. **** 1641
Hacia	Compensar-oi - Miplanilla.com Pago Proteccion Social - Pedido o Factura No. 89029350
Fecha	14/08/2025 Hora: 10:38 pm

Descargar comprobante

Volver al comercio