

**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**

**LIBARDO LOZANO YATE**

CON CC: N°

1,022,996,767

**OBJETO DEL CONTRATO:**

PRESTAR SERVICIOS DE APOYO A LA GESTION COMO TECNOLOGO EN SANEAMIENTO AMBIENTAL 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 5819 2025

**FECHA INICIO CONTRATO**

22/06/2025

**VALOR INICIAL DEL CONTRATO**

\$ 3,058,350

**No. HORAS EJECUTADAS**

140

**VALOR TOTAL DEL CONTRATO INCLUIDO ADICIONES:**

\$ 9,086,076

**VALOR DE HONORARIOS PERÍODO A CERTIFICAR:**

\$ 2,053,240

**PLAZO TOTAL DEL CONTRATO INCLUIDO PRORROGAS**

3 MESES 8 DIAS

**UNIDAD FUNCIONAL EJECUCIÓN DE ACTIVIDADES:**

GSP PSPIC - VSA  
6PM CENTRO DE SALUD PRIMERA DE MAYO

**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: Atención oportuna de actividades asignadas en la línea de intervención enfermedades de origen zoonótico y acciones de inspección, vigilancia y control de en las localidades vigiladas por la subred  
3. PRODUCTO (EVIDENCIA): Planillas vacunación antirrábica puntos fijos y extramurales, carnet vacunación

2

1. OBLIGACIÓN: Presentar mensualmente el cronograma de actividades a desarrollar.  
2. ACTIVIDADES DESARROLLADAS: Se realiza entrega de respectivo cronograma  
3. PRODUCTO (EVIDENCIA): Cronograma en físico

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: Realizar vacunación antirrábica preventiva con asesoría de los cuidados pre y post vacuna. Realizar acciones de socialización individual en tenencia responsable de mascotas efectos adversos a la vacunación y seguimiento de casos  
3. PRODUCTO (EVIDENCIA): Entrega de planillas vacunación antirrábica puntos fijos y extramurales, carnet vacunación.

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 habitación y acreditación de servicios de salud.  
2. ACTIVIDADES DESARROLLADAS: Realizar actividades de acuerdo con los requerimientos del coordinador del área  
3. PRODUCTO (EVIDENCIA): Entrega de formatos específicos de acuerdo con los requerimientos de la coordinación

5

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 técnico y conforme a los anexos y lineamientos técnicos del proceso de la Vigilancia de la Salud ambiental-VSA del convenio Interadministrativo PSPIC.  
2. ACTIVIDADES DESARROLLADAS: Realizar vacunación antirrábica preventiva de acuerdo a la meta establecida.  
3. PRODUCTO (EVIDENCIA): planillas vacunación antirrábica puntos fijos y extramurales, carnet vacunación.

6

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.  
2. ACTIVIDADES DESARROLLADAS: Realizar vacunación antirrábica preventiva con asesoría de los cuidados pre y post vacuna. Realizar acciones de socialización individual en tenencia responsable de mascotas efectos adversos a la vacunación y seguimiento de casos  
3. PRODUCTO (EVIDENCIA): planillas vacunación antirrábica puntos fijos y extramurales, carnet vacunación.

|    |  |
|----|--|
| 7  | <p>1. OBLIGACIÓN: Desarrollar procesos de asistencia técnica a los diferentes procesos del Plan de Intervenciones Colectivas conforme a su saber disciplinar y técnico, en función de los requerimientos de entornos y/p procesos transversales.</p> <p>2. ACTIVIDADES DESARROLLADAS: NO HUBO PARA EL PERIODO</p> <p>3. PRODUCTO (EVIDENCIA): NO HUBO PARA EL PERIODO</p>  |
| 8  | <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: Soportes entregados de acuerdo con las políticas de gestión documental establecidas desde la Subred.</p> <p>3. PRODUCTO (EVIDENCIA): Formatos establecidos por la coordinación</p>  |
| 9  | <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>  |
| 10 | <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: NO HUBO PARA EL PERIODO.</p> <p>3. PRODUCTO (EVIDENCIA): NO HUBO PARA EL PERIODO.</p> |
| 11 | <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: Actividades asignadas desde el componente de vigilancia de la salud ambiental.</p> <p>3. PRODUCTO (EVIDENCIA): Entrega de formatos específicos de acuerdo con los requerimientos de la coordinación</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:    | 89488064      | OPERADOR:     | MI PLANILLA  |                |
| CONCEPTO DEL PAGO   | ENTIDAD       | FECHA DE PAGO | VALOR PAGADO |                |
| SALUD:              | CAPITAL SALUD | 12/09/2025    | \$           | 178,000        |
| PENSIÓN:            | PROTECCION    | 12/09/2025    | \$           | 227,800        |
| RIESGOS LABORALES:  | SURA          | 12/09/2025    | \$           | 34,700         |
| OTRO                |               |               |              |                |
| <b>TOTAL PAGADO</b> |               |               | <b>\$</b>    | <b>440,500</b> |

V. DECLARACIONES DEL CONTRATISTA

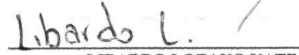
- 1.- Que desarrollé las actividades descritas en el informe anexo, dentro del periodo de cobro.
- 2.- Que realicé el pago de la Seguridad Social donde el IBC se calculó sobre el 40% de los ingresos cancelados del mes anterior pago del cual anexo copia simple, sin que en ningún caso el IBC sea menor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

NOMBRE Y FIRMA DEL CONTRATISTA

  
LIBARDO LOZANO YATE  
CC: 1022996767

FIRMA DE QUIEN VALIDA

  
JAVIER RICARDO PEÑUELA PEREZ  
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**

|                             |  |                  |               |
|-----------------------------|--|------------------|---------------|
| <b>NOMBRES Y APELLIDOS:</b> | LIBARDO LOZANO YATE  | <b>CC:</b>       | 1,022,996,767 |
| <b>CORREO ELECTRÓNICO:</b>  | <a href="mailto:lilozanoy@gmail.com">lilozanoy@gmail.com</a> | <b>TELÉFONO:</b> | 3124683531    |
| <b>DIRECCIÓN DOMICILIO:</b> | CL 113 SUR 4 13  | <b>CIUDAD:</b>   | BOGOTÁ        |

**Manifiesto bajo la gravedad del juramento**

|                                       |       |
|---------------------------------------|-------|
| <b>NO tomaré costos y deducciones</b> | ( X ) |
| <b>SI tomaré costos y deducciones</b> | ( )   |

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 )

|                                 |                  |                        |         |                   |              |
|---------------------------------|------------------|------------------------|---------|-------------------|--------------|
| <b>BANCO AL CUAL CONSIGNAR:</b> | BANCO DAVIVIENDA | <b>TIPO DE CUENTA:</b> | AHORROS | <b>Nº CUENTA:</b> | 009270452312 |
|---------------------------------|------------------|------------------------|---------|-------------------|--------------|

**DATOS DEL PERIODO OBJETO DE PAGO**

|                                 |              |   |              |
|---------------------------------|--------------|---|--------------|
| <b>Nº DEL CONTRATO:</b>         | PS 5819 2025 | <b>VALOR CORRESPONDIENTE AL PERIODO OBJETO DE COBRO</b> | \$ 2,053,240 |
| <b>FECHA DE INICIO CONTRATO</b> | 22/06/2025   | <b>FECHA DE TERMINACIÓN CONTRATO:</b>                   | 30/09/2025   |
| <b>PERIODO OBJETO DE COBRO:</b> | 1/09/2025    | AL  | 30/09/2025   |

*Libardo L.*

**NOMBRE Y FIRMA DEL CONTRATISTA: LIBARDO LOZANO YATE**

**CC:** 1,022,996,767  
**CEL:** 3124683531

| DATOS DEL APORTANTE |                   |                     |        |                      |                    |                    |
|---------------------|-------------------|---------------------|--------|----------------------|--------------------|--------------------|
| TIPO                | NÚMERO            | NOMBRE APORTANTE    |        | DIRECCIÓN            | TELÉFONO           | CORREO             |
| CC                  | 1022996767        | LIBARDO LOZANO YATE |        | Calle 113 sur # 4-13 | 7623487            | llozanoy@gmail.com |
| FORMA PRESENTACIÓN  | CLASE APORTANTE   | NOMBRE SUCURSAL     | CÓDIGO | DEPARTAMENTO         | CIUDAD / MUNICIPIO |                    |
| ÚNICA               | I - Independiente |                     |        | BOGOTÁ D. C.         | BOGOTÁ D. C.       |                    |

| DATOS DE LA PLANILLA |                                    |               |                           |                 |               |     |
|----------------------|------------------------------------|---------------|---------------------------|-----------------|---------------|-----|
| PLANILLA ASOCIADA    | FECHA PAGO ASOCIADA (DÍAS/MES/AÑO) | TIPO PLANILLA | FECHA PAGO (DÍAS/MES/AÑO) | NÚMERO PLANILLA | CANTIDAD      |     |
|                      |                                    |               |                           |                 | EMPLEADOS     | UPC |
|                      |                                    |               |                           |                 | 1             | 0   |
| PERIODO SALUD        | PERIODO PENSIONES                  |               |                           |                 | TOTAL A PAGAR |     |
| 2025-08              | 2025-08                            | I             | 12/09/2025                | 89488064        | \$440.500     |     |

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 |           |                       |                |               |               |
| EPSC34        | Recaudo SGP Capital Salud | 900298372-9 | 178.000                | 0             |                  | 0     |                     | 0     | 0         | 0                     | 0              | 178.000       | 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 |
| 230201          | Proteccion (ING + Protección) | 800229739-0 | 227.800                | 0                          | 0                           | 0                        | 0                         | 0         | 0                     | 0              | 227.800       | 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 | 34.700                 |                  |       |                        | 34.700                | 0         | 0                     | 34.700              |                            |                     | 347               | 34.700        | 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                              | 178.000                             | 178.000        |
| Pensión                | 1                              | 227.800                             | 227.800        |
| Riesgos Laborales      | 1                              | 34.700                              | 34.700         |
| CCF                    | 0                              | 0                                   | 0              |
| ESAP                   | 0                              | 0                                   | 0              |
| ICBF                   | 0                              | 0                                   | 0              |
| MEN                    | 0                              | 0                                   | 0              |
| SENA                   | 0                              | 0                                   | 0              |
| <b>TOTALES</b>         | <b>3</b>                       | <b>440.500</b>                      | <b>440.500</b> |



**Pago PSE**

Resultado de su transacción

**Código único CUS**

1771060496

**Destino de pago**

COMPENSAR-OI

**Motivo**

MiPlanilla.com Pago Proteccion Social

**Fecha**

12/09/2025

**Número de aprobación**

00060496

**Dirección IP**

186.86.110.91

**Valor transacción**

\$ 440.500,00

**Costo de la transacción**

\$ 0,00 IVA incluido

**Referencia 1**

**Referencia 2**

CC

**Referencia 3**

1022996767