		<b>SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E</b> <b>APOYO – GESTIÓN DE CONTRATACIÓN</b> <b>FORMATO INFORME DE EJECUCIÓN DE ACTIVIDADES DEL CONTRATO DE</b> <b>PRESTACIÓN DE SERVICIOS Y DE APOYO A LA GESTIÓN</b>		<b>CÓDIGO: AP-IA-FT-077</b> <b>VERSIÓN: 2</b> <b>FECHA: 2025-06-09</b>	
<b>CELEBRADO ENTRE LA SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E Y</b>					
<b>DANIEL GONZALEZ COGOLLO</b>					
			<b>CON CC: N°</b>	<b>79,797,924</b>	
<b>OBJETO DEL CONTRATO:</b>		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.			
<b>CONTRATO DE PRESTACION DE SERVICIOS PROFESIONALES No.</b>		<b>PS 5817 2025</b>		<b>FECHA INICIO CONTRATO</b>	
				<b>22/06/2025</b>	
<b>VALOR INICIAL DEL CONTRATO</b>		<b>\$ 3,058,350</b>		<b>No. HORAS EJECUTADAS</b>	
				<b>184</b>	
<b>VALOR TOTAL DEL CONTRATO INCLUIDO ADICIONES:</b>		<b>\$ 9,086,076</b>		<b>VALOR DE HONORARIOS PERÍODO A CERTIFICAR:</b>	
				<b>\$ 2,698,544</b>	
<b>PLAZO TOTAL DEL CONTRATO INCLUIDO PRORROGAS</b>		<b>3 MESES 8 DIAS</b>			
<b>UNIDAD FUNCIONAL EJECUCIÓN DE ACTIVIDADES:</b>			<b>GSP PSPIC - VSA</b> <b>6PM CENTRO DE SALUD PRIMERA DE MAYO</b>		
<b>NOMBRE DEL SUPERVISOR:</b>			<b>LIDA ESPERANZA MONTENEGRO PARRA</b> <b>PROFESIONAL ESPECIALIZADO ÁREA DE LA SALUD CÓDIGO 242 GRADO 30</b>		
<b>II. ACTIVIDADES REALIZADAS EN EL PERIODO, DE ACUERDO CON EL OBJETO Y LAS OBLIGACIONES ESTABLECIDAS EN EL CONTRATO</b> <b>(Deben ser coherentes con las actividades específicas realizadas durante el mes)</b>					
<b>ITEM</b>					
<b>1</b>	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				
<b>2</b>	1. OBLIGACIÓN: Presentar mensualmente el cronograma de actividades a desarrollar. 2. ACTIVIDADES DESARROLLADAS: Se realiza entrega de respectivo cronograma <input type="checkbox"/> 3. PRODUCTO (EVIDENCIA): Cronograma en físico				
<b>3</b>	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.				
<b>4</b>	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				
<b>5</b>	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.				
<b>6</b>	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: En caso de que no hizo canalizaciones, no apoyo jornadas PAI, no tuvo fortalecimientos de capacidad con el equipo de cofinanciación y/o educación para la salud pública, por favor colocar: NO HUBO PARA EL PERIODO. Si realizo alguna de estas diligencias lo que HIZO.</p> <p>3. PRODUCTO (EVIDENCIA): En caso de que no hizo canalizaciones, no apoyo jornadas PAI, no tuvo fortalecimientos de capacidad con el equipo de cofinanciación y/o educación para la salud pública, por favor colocar: NO HUBO PARA EL PERIODO. Si realizo alguna de estas diligencias lo que HIZO.</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 **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:	89206632	OPERADOR:	MI PLANILLA
CONCEPTO DEL PAGO	ENTIDAD	FECHA DE PAGO	VALOR PAGADO
SALUD:	SANITAS	11/09/2025	\$ 178,000
PENSIÓN:	COLPENSIONES	11/09/2025	\$ 227,800
RIESGOS LABORALES:	SURA	11/09/2025	\$ 34,700
OTRO			
<b>TOTAL PAGADO</b>			<b>\$ 440,500</b>

**V. DECLARACIONES DEL CONTRATISTA**

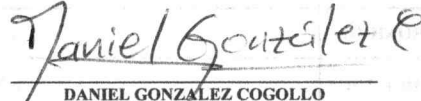
- 1.- Que desarrollé las actividades descritas en el informe anexo, dentro del periodo de cobro.
- 2.- Que realicé el pago de la Seguridad Social donde el IBC se calculó sobre el 40% de los ingresos cancelados del mes anterior pago del cual anexo copia simple, sin que en ningún caso el IBC sea menor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

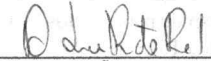
(Cuando se requiera como una de las obligaciones del contrato)

Anexar evidencias fotográficas y/o documentales que soporten las actividades realizadas en el periodo correspondiente

**NOMBRE Y FIRMA DEL CONTRATISTA**

  
DANIEL GONZALEZ COGOLLO  
CC: 79797924

**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

NOMBRES Y APELLIDOS:	DANIEL GONZALEZ COGOLLO	CC:	79,797,924
CORREO ELECTRÓNICO:	<a href="mailto:danielgonzale51@hotmail.com">danielgonzale51@hotmail.com</a>	TELÉFONO:	3233223823
DIRECCIÓN DOMICILIO:	KR 72 C 22D 27 AP 526	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:	005870139671
--------------------------	------------------	-----------------	---------	------------	--------------

DATOS DEL PERIODO OBJETO DE PAGO

Nº DEL CONTRATO:	PS 5817 2025	VALOR CORRESPONDIENTE AL PERIODO OBJETO DE COBRO	\$ 2,698,544
FECHA DE INICIO CONTRATO	22/06/2025	FECHA DE TERMINACIÓN CONTRATO:	30/09/2025
PERIODO OBJETO DE COBRO:	1/09/2025 AL 30/09/2025		

*Daniel Gonzalez C.*

NOMBRE Y FIRMA DEL CONTRATISTA: DANIEL GONZALEZ COGOLLO

CC: 79,797,924  
CEL: 3233223823

DATOS DEL APORTANTE						
TIPO	NÚMERO	NOMBRE APORTANTE		DIRECCIÓN	TELÉFONO	CORREO
CC	79797924	DANIEL GONZALEZ COGOLLO		KR 72C 22D 27 AP 526	3233223823	DANIEL.GONZALE51@HOTMAIL.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 (DIA/MES/AÑO)	TIPO PLANILLA	FECHA PAGO (DIA/MES/AÑO)	NÚMERO PLANILLA	CANTIDAD	
					EMPLEADOS	UPC
					1	0
PERIODO SALUD	PERIODO PENSIONES				TOTAL A PAGAR	
2025-08	2025-08	I	11/09/2025	89206632	\$442.300	

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					
EPS005	Sanitas EPS	800251440-6	178.000	0		0		0	6	700	0	178.700	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	900338004-7	227.800	0	0	0	0	6	900	0	228.700	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	6	200	34.900			347	34.900	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	6	0	0	0
ICBF				
0	6	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	178.700
Pensión	1	227.800	228.700
Riesgos Laborales	1	34.700	34.900
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>442.300</b>



**Pago PSE**

Resultado de su transacción

**Código único CUS**

1768415636

**Destino de pago**

COMPENSAR-01

**Motivo**

MiPlanilla.com Pago Proteccion Social

**Fecha**

10/09/2025

**Número de aprobación**

00415636

**Dirección IP**

186.29.127.239

**Valor transacción**

\$ 442.300,00

**Costo de la transacción**

\$ 0,00 IVA incluido

**Referencia 1**

**Referencia 2**

CC

**Referencia 3**

79797924