	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			
ASTRID JOHANA ZAMBRANO TORRES			
	CON CC: Nº	1,013,665,330	
OBJETO DEL CONTRATO:	PRESTAR SERVICIOS COMO TECNICO AUXILIAR DE ENFERMERIA 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 4146 2025	**FECHA INICIO CONTRATO**	01/01/2025
VALOR INICIAL DEL CONTRATO	$ 14,762,688	**No. HORAS EJECUTADAS**	17
VALOR TOTAL DEL CONTRATO INCLUIDO ADICIONES:	$ 26,005,373	**VALOR DE HONORARIOS PERÍODO A CERTIFICAR:**	$ 234,651
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: Intervención en acciones de BAC y bloqueo para los eventos de interes en salud publica con calidad y oportunidad segun notificacion. 3. PRODUCTO (EVIDENCIA): "SE REALIZA PRODUCTO EN TERRENO Y ES ENTREGADO EN FÍSICO PARA SER GUARDADO EN EL SERVIDOR SIVIGILA. \\172.26.33.40\sivigila2025$\250.46.3IEC\1.IEC_SIVIGILA
2	1. OBLIGACIÓN: Presentar mensualmente el cronograma de actividades a desarrollar. 2. ACTIVIDADES DESARROLLADAS: Se proyecta diariamente el cronograma y se entrega mensualmente en fisico del mes correspondiente. 3. PRODUCTO (EVIDENCIA): 172.26.33.40\Sivigila2025$\250_46_8_PRODUCTOS_TRANSMISIBLES\5_CRONOGRAMA_2025\08_AGOSTO\CRONOGRAMA
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: Intervención en acciones de bloqueo para los eventos de interes en salud publica segun notificacion, con calidad y oportunidad, presentando los soportes en fisico de las acciones de bloqueo en los formatos establecidos 3. PRODUCTO (EVIDENCIA): "SE REALIZA PRODUCTO EN TERRENO Y ES ENTREGADO EN FÍSICO PARA SER GUARDADO EN EL SERVIDOR SIVIGILA. \\172.26.33.40\sivigila2025$\250.46.3IEC\1.IEC_SIVIGILA
4	1. OBLIGACIÓN: Apoyar las actividades inherentes al objeto del contrato para el mejoramiento continuo de calidad y aquellas definidas dentro de los planes de mejoramiento de los diferentes estándares de habilitación y acreditación de servicios de salud. 2. ACTIVIDADES DESARROLLADAS: Se realizo apoyo en la revision de BAC según indicaciones, aplicación de biológicos según corresponda y registro de estos en formato SIS tanto de menores como adultos y demás papelería correspondiente; Gestion documental en foliacion de los productos correspondientes a este. Alistamiento de productos para auditoria correspondiente, 3. PRODUCTO (EVIDENCIA): "SE REALIZA PRODUCTO EN TERRENO Y ES ENTREGADO EN FÍSICO PARA SER GUARDADO EN EL SERVIDOR SIVIGILA. \\172.26.33.40\sivigila2025$\250.46.3IEC\1.IEC_SIVIGILA
5	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: Se realiza lectura, socializacion y apropiacion de lineamientos; posterior revision de precisiones correspondientes a la vigencia actual. 3. PRODUCTO (EVIDENCIA): "SE REALIZA PRODUCTO EN TERRENO Y ES ENTREGADO EN FÍSICO PARA SER GUARDADO EN EL SERVIDOR SIVIGILA. \\172.26.33.40\sivigila2025$\250.46.3IEC\1.IEC_SIVIGILA
6	1. OBLIGACIÓN: Cumplir con la meta, actividades y/o productos programados y asignados con la calidad del dato requerida (oportunidad, consistencia, exactitud) desde su perfil técnico y conforme a los anexos y lineamientos técnicos del convenio Interadministrativo PSPIC. 2. ACTIVIDADES DESARROLLADAS: Se cumplio con la totalidad de los eventos asignados realizando BAC y bloqueo a los eventos notificados con oportunidad, consistencia y exactitud de esta manera se presentan productos con calidad dando respuesta a los lineamientos técnicos del convenio. 3. PRODUCTO (EVIDENCIA): "SE REALIZA PRODUCTO EN TERRENO Y ES ENTREGADO EN FÍSICO PARA SER GUARDADO EN EL SERVIDOR SIVIGILA. \\172.26.33.40\sivigila2025$\250.46.3IEC\1.IEC_SIVIGILA
7	1. OBLIGACIÓN: Realizar con calidad y oportunidad los procesos de captura del dato, revisión y custodia de los formatos, documentos y/o bases de datos y aplicativos, que correspondan a las acciones o intervenciones realizadas de acuerdo a los lineamientos técnicos de los entornos y procesos transversales del convenio Interadministrativo PSPIC 2. ACTIVIDADES DESARROLLADAS: Se realiza verificacion de datos previo a abordaje y realizacion de BAC y bloqueo a los eventos notificados con calidad y oportunidad dando respuesta a productos según los lineamientos técnicos del convenio. 3. PRODUCTO (EVIDENCIA): "SE REALIZA PRODUCTO EN TERRENO Y ES ENTREGADO EN FÍSICO PARA SER GUARDADO EN EL SERVIDOR SIVIGILA. \\172.26.33.40\sivigila2025$\250.46.3IEC\1.IEC_SIVIGILA

8	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: Se asiste a reunion de area donde se tratan los diferentes temas transversales, reinduccion de canalizaciones, asistencia a mesa tecnica extramural PAI, se realizan canalizaciónes según la necesidad y el evento. 3. PRODUCTO (EVIDENCIA): https://subredcentrooriente-my.sharepoint.com/my?id=%2Fpersonal%2Fepidemiologia%5Fsubredcentrooriente%5Fgov%5Fco%2FDocuments%2FSIVIGILA%5F2024%2F4%2EPRODUCTOS%5FTRANSMISIBLES%2FCANALIZACIONES%2F01%5FENERO%5F2025&login_hint=epidemiologia%40subredcentrooriente%2Egov%2Eco
9	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 2. ACTIVIDADES DESARROLLADAS: Se realiza entrega de productos correspondientes a BAC y bloqueos, canalización, actas, SIS niño, SIS adulto, kardex de recepción y entrega de biologicos correspondientes e insumos; garantizando su calidad con la finalidad de evitar glosas; se realiza preauditoria de cada uno se los bloqueos realizados. 3. PRODUCTO (EVIDENCIA): "SE REALIZA PRODUCTO EN TERRENO Y ES ENTREGADO EN FÍSICO PARA SER GUARDADO EN EL SERVIDOR SIVIGILA. \\172.26.33.40\sivigila2025$\250.46.3IEC\1.IEC_SIVIGILA
10	1. OBLIGACIÓN: Realizar las demás obligaciones que se relacionen con el objeto del contrato y que sean requeridas por la supervisión. Contenidas en el formato de necesidad de personal que hace parte integral del presente contrato 2. ACTIVIDADES DESARROLLADAS: Se realiza apoyo en actividades requeridas por la supervisora del contrato. 3. PRODUCTO (EVIDENCIA): "SE REALIZA PRODUCTO EN TERRENO Y ES ENTREGADO EN FÍSICO PARA SER GUARDADO EN EL SERVIDOR SIVIGILA. \\172.26.33.40\sivigila2025$\250.46.3IEC\1.IEC_SIVIGILA

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:	88465242	**OPERADOR:**	MI PLANILLA

CONCEPTO DEL PAGO	ENTIDAD	FECHA DE PAGO	VALOR PAGADO
SALUD:	SALUD TOTAL	15/08/2025	$ 178,000
PENSIÓN:	COLPENSIONES	15/08/2025	$ 227,800
RIESGOS LABORALES:	SURA	15/08/2025	$ 34,700
OTRO			
	TOTAL PAGADO		**$ 440,500**

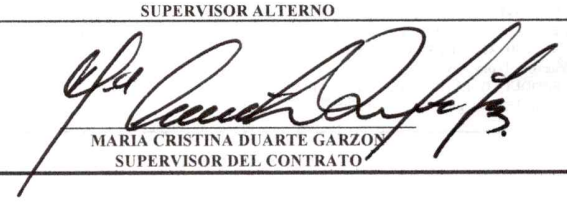
V. DECLARACIONES DEL CONTRATISTA

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 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	ASTRID ZAMBRANO **ASTRID JOHANA ZAMBRANO TORRES** **CC: 1013665330**
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 Distrital 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:	ASTRID JOHANA ZAMBRANO TORRES	**CC:**	1,013,665,330
CORREO ELECTRÓNICO:	zambranotorresastrid@gmail.com	**TELÉFONO:**	3008859098
DIRECCIÓN DOMICILIO:	CL 89 SUR 18F 10	**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:	BANCOLOMBIA	**TIPO DE CUENTA:**	AHORROS	**Nº CUENTA:**	10893694906

DATOS DEL PERIODO OBJETO DE PAGO

Nº DEL CONTRATO:	PS 4146 2025	**VALOR CORRESPONDIENTE AL PERIODO OBJETO DE COBRO**	$ 234,651
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		

ASTRID ZAMBRANO

NOMBRE Y FIRMA DEL CONTRATISTA: ASTRID JOHANA ZAMBRANO TORRES
CC: 1,013,665,330
CEL: 3008859098

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	1013665330	ASTRID JOHANA ZAMBRANO TORRES	calle 89 18 f 10 sur	2009189	zambranotorresastrid@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
2025-07	2025-07	I	15/08/2025	88465242	TOTAL A PAGAR	
					$441.700	

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					
EPS002	Salud Total EPS	800130907-4	178.000	0		0		0	4	500	0	178.500	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	227.800	0	0	0	0	4	600	0	228.400	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	830903790-5	34.700				34.700	4	100	34.800			347	34.800	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	4	0	0	0
ICBF				
0	4	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	178.500
Pensión	1	227.800	228.400
Riesgos Laborales	1	34.700	34.800
CCF	0	0	0
ESAP	0	0	0
ICBF	0	0	0
MEN	0	0	0
SENA	0	0	0
TOTALES	3	440.500	441.700

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	1013665330	ASTRID JOHANA ZAMBRANO TORRES	calle 89 18 f 10 sur	2009189	zambranotorresastrid@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: 1 / UPC: 0
PERIODO SALUD	PERIODO PENSIONES				TOTAL A PAGAR
2025-07	2025-07	I	15/08/2025	88465242	$441.700

DETALLE POR COTIZANTE

INFORMACIÓN COTIZANTE								INFORMACIÓN NOVEDADES																		PENSIÓN							SALUD			RIESGOS LABORALES				CCF			PARAFISCALES					
No.	Tipo	No. de Identificación	Apellidos y Nombres	Colilla	Sustitu	Extranjero	Cotiz. exterior	Corrección	ING	RET	TDE	TAE	TDP	TAP	VSP	VST	SLN	IGE	LMA	VAC	AVP	VCT	IRL	COMISIÓN	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	1013665330	ZAMBRANO TORRES ASTRID JOHANA	59	0			N																	25-14	1.423.500	227.800	0	0	0	0	EPS002	1.423.500	178.000	14-11	1.423.500	3	34.700		0	0	0	0	0	0	0	0

PAGADA

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

Comprobante de pago

Pago realizado

Pago en
Compensar-oi

¿Cuánto?
$ 441.700,00

Fecha
15 de agosto de 2025 a las 09:36 a. m.

Referencia
M4749518

VIGILADO Superintendencia Financiera de Colombia