

DATOS DEL CONTRATISTA					
FECHA DE DILIGENCIAMIENTO: (31-10-2025)					
NOMBRES Y APELLIDOS:	MARIA CAMILA HUERTAS VARGAS			CC:	1032358429
CORREO ELECTRÓNICO:	camilahuertas475@gmail.com			TELÉFONO:	3025980661
DIRECCIÓN DOMICILIO:	CL 40 SUR 94 03			CIUDAD:	BOGOTA
BANCO AL CUAL CONSIGNAR:	BANCO AV VILLAS	TIPO DE CUENTA:	AHORROS	N° CUENTA:	677969433
DATOS DEL CONTRATO O ADICION Y PERIODO OBJETO DE PAGO					
N° DEL CONTRATO:	PS 5166 2025	VALOR CORRESPONDIENTE AL PERIODO OBJETO DE COBRO		\$ 1.380.300	
FECHA DE INICIO CONTRATO	2025/04/01	FECHA DE TERMINACIÓN CONTRATO:		2025/09/30	
PERIODO OBJETO DE COBRO:	DEL 2025/09/01 AL 2025/09/30				
 MARIA CAMILA HUERTAS VARGAS PS_5166_2025_353547 NOMBRE Y FIRMA DEL CONTRATISTA: MARIA CAMILA HUERTAS VARGAS CC: 1032358429 CEL: 3025980661					

CELEBRADO ENTRE LA SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E Y
MARIA CAMILA HUERTAS VARGAS

CON C.C N°1.032.358.429

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 5166 2025	FECHA INICIO CONTRATO	2025/04/01
VALOR INICIAL DEL CONTRATO	\$ 7.381.344	No. HORAS EJECUTADAS	100
VALOR TOTAL DEL CONTRATO INCLUIDO ADICIONES:	\$ 11.261.096	VALOR DE HONORARIOS PERÍODO A CERTIFICAR:	\$ 1.380.300
PLAZO DEL CONTRATO INCLUYENDO PRORROGAS	SEIS (6) MESES		

UNIDAD FUNCIONAL DE EJECUCIÓN DE ACTIVIDADES:	SEDE ADMINISTRATIVA SAN JOSE OBRERO
NOMBRE DEL SUPERVISOR:	LIDA ESPERANZA MONTENEGRO PARRA

ITEM	II. ACTIVIDADES REALIZADAS EN EL PERIODO, DE ACUERDO CON EL OBJETO Y LAS OBLIGACIONES ESTABLECIDAS EN EL CONTRATO (Deben ser coherentes con las obligaciones específicas del contrato 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. 1.2. ACTIVIDADES DESARROLLADAS: Reunión de socialización de meta del mes de SEPTIEMBRE 2025 1.3 PRODUCTO (EVIDENCIA): Acta de participación con listado de asistencia en custodia de la coordinación
2	2. OBLIGACIÓN: Presentar mensualmente el cronograma de actividades a desarrollar 2.1 ACTIVIDADES DESARROLLADAS: Elaboración de Cronograma de Actividades del mes de SEPTIEMBRE 2025 con actualización periodica 2.3 PRODUCTO (EVIDENCIA): Cronograma Digital y físico en custodia de la coordinación
3	3. 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 3.2 ACTIVIDADES DESARROLLADAS: Se realiza diligenciamiento de formatos digitales de revision de antecedentes de esquema vacunal propios de la intervención base nominal de menores. 3.3 PRODUCTO (EVIDENCIA): Drive de seguimientos telefónicos a estudiantes priorizados por base de SDS
4	4. 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 4.1ACTIVIDADES DESARROLLADAS: Participación en la reunión del Entorno Cuidador Educativo programada para el mes de SEPTIEMBRE 2025 4.2 PRODUCTO (EVIDENCIA): Acta de participación con listado de asistencia en custodia de la coordinación
5	5. 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 5.1 ACTIVIDADES DESARROLLADAS: Participacion en la reunion de socializacion de lineamientos enviados por la secretaria distrital de salud para el convenio. 5.2 PRODUCTO (EVIDENCIA): Acta de participación con listado de asistencia
6	6. 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 6.1 ACTIVIDADES DESARROLLADAS: Se realizan acciones a la poblacion escolar asignada por base de SDS, de usuarios no vacunados, en la cual se verifica antecedente vacunal y se realiza actualizacion a cohortes desde aplicativo PAI 2.0 6.2 PRODUCTO (EVIDENCIA): Durante el mes correspondiente se ejecutaron actas de apropiación conceptual, listado de asistencia
7	7. 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. 7.1 ACTIVIDADES DESARROLLADAS: Durante el mes de SEPTIEMBRE 2025 se realizan los respectivos informes y solicitudes propias a los lineamientos de SDS y a los compromisos adquiridos con los mismos 7.2 PRODUCTO (EVIDENCIA): Carpeta digital del producto compartida con el apoyo del entorno

8	8. 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, ACCVSE, Notificación de EISP y Participación Social. 8.1 ACTIVIDADES DESARROLLADAS: Se activarán aquellos niños con antecedentes vacunales incompletos para ser visitados por PAI Extramural y garantizar sus vacunas, así mismo como realizar proceso de canalizaciones de acuerdo a las necesidades priorizadas e identificadas 8.2 PRODUCTO (EVIDENCIA): Drive de seguimientos telefónicos a estudiantes priorizados por base de SDS y Formato de canalización y seguimiento enviado vía correo electrónico a canalizaciones		
9	9. 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 9.1 ACTIVIDADES DESARROLLADAS: Hasta el mes de SEPTIEMBRE 2025 no se han obtenido glosas para el producto o proceso ejecutado, cumpliendo con oportunidad y calidad con los productos solicitados en lineamiento bajo el convenio interadministrativo PSPIC y FFDS_SDS 9.2 PRODUCTO (EVIDENCIA): Durante el mes correspondiente no se ha obtenido ninguna glosa del proceso		
10	10. 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 10.1 ACTIVIDADES DESARROLLADAS: Se realizan actividades requeridas de acuerdo a la necesidad de la ejecución del contrato. 10.2 PRODUCTO (EVIDENCIA): Soportes requeridos de acuerdo a la actividad		
III. VERIFICACION DE ACTIVIDADES DESARROLLADAS			
SE VERIFICA QUE 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 (2025-09-01) AL (2025-09-30)			
IV. INFORMACIÓN DE APORTES A SEGURIDAD SOCIAL			
No. DE PLANILLA:	Nº 89773241	OPERADOR:	MI PLANILLA
CONCEPTO DEL PAGO	ENTIDAD	FECHA DE PAGO	VALOR PAGADO
SALUD:	SALUD TOTAL	2025/09/10	\$ 186.400
PENSIÓN:	COLPENSIONES	2025/09/10	\$ 238.600
RIESGOS LABORALES:	SURA	2025/09/10	\$ 36.400
OTRO			
TOTAL PAGADO			\$ 461.400
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 calculo 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.			
VII. ANEXOS			
(Cuando se requiera como una de las obligaciones del contrato)			
Anexar evidencias fotográficas y/o documentales que soporten las actividades realizadas en el período correspondiente			

NOMBRE Y FIRMA DEL CONTRATISTA



MARIA CAMILA HUERTAS VARGAS
PS_5166_2025_353547

MARIA CAMILA HUERTAS VARGAS
CC: 1032358429

FIRMA DE QUIEN VALIDA



YOHNNY LIRIOLA HERNANDEZ GARCIA
PS_5166_2025_353547

YOHNNY LIRIOLA HERNANDEZ GARCIA
SUPERVISOR ALTERNO

FIRMA DE QUIEN CONVALIDA EL CUMPLIMIENTO DE LAS
OBLIGACIONES PARA EL PRESENTE PERIODO DE PAGO



LIDA ESPERANZA MONTENEGRO PARRA
PS_5166_2025_353547

LIDA ESPERANZA MONTENEGRO PARRA
SUPERVISOR DEL CONTRATO

DATOS DEL APORTANTE						
TIPO	NÚMERO	NOMBRE APORTANTE		DIRECCIÓN	TELÉFONO	CORREO
CC	1032358429	MARIA CAMILA HUERTAS VARGAS		calle 40 sur 94- 03	30145666	camilahuertas475@gmail.com
FORMA PRESENTACIÓN	CLASE APORTANTE	NOMBRE SUCURSAL	CÓDIGO	DEPARTAMENTO	CIUDAD / MUNICIPIO	
ÚNICA	I – Independiente			BOGOTÁ D. C.	BOGOTÁ, D.C.	
EXONERADO PAGO PARAFISCALES Y SALUD						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
2025-08	2025-08	I	10/09/2025	89773241	\$462.200

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	186.400	0		0		0	2	300	0	186.700	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	900336004-7	238.600	0	0	0	0	2	400	0	239.000	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	36.400				36.400	2	100	36.500			364	36.500	1

TOTALES CAJAS							
Código CCF	Nombre				NIT	Valor Aporte	Días Mora

TOTALES PARAFISCALES				
Valor Aporte	Días Mora	Valor Mora Aporte	Total a Pagar	No. Afiliados
SENA				
0	2	0	0	0
ICBF				
0	2	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	186.400	186.700
Pensión	1	238.600	239.000
Riesgos Laborales	1	36.400	36.500
CCF	0	0	0
ESAP	0	0	0
ICBF	0	0	0
MEN	0	0	0
SENA	0	0	0
TOTALES	3	461.400	462.200

DATOS DEL APORTANTE						
TIPO	NÚMERO	NOMBRE APORTANTE		DIRECCIÓN	TELÉFONO	CORREO
CC	1032358429	MARIA CAMILA HUERTAS VARGAS		calle 40 sur 94- 03	30145666	camilahuertas475@gmail.com
FORMA PRESENTACIÓN	CLASE APORTANTE	NOMBRE SUCURSAL	CÓDIGO	DEPARTAMENTO	CIUDAD / MUNICIPIO	
ÚNICA	I – Independiente			BOGOTÁ D. C.	BOGOTÁ, D.C.	
						EXONERADO PAGO PARAFISCALES Y SALUD
						NO

DATOS DE LA PLANILLA					
PLANILLA ASOCIADA	FECHA PAGO ASOCIADA (DIA/MES/AÑO)	TIPO PLANILLA	FECHA PAGO (DIA/MES/AÑO)	NÚMERO PLANILLA	CANTIDAD
					EMPLEADOS
PERIODO SALUD	PERIODO PENSIONES				UPC
2025-08	2025-08	I	10/09/2025	89773241	10
					TOTAL A PAGAR
					\$462.200

DETALLE POR COTIZANTE																																														
INFORMACIÓN COTIZANTE										INFORMACIÓN NOVEDADES										PENSIÓN								SALUD			RIESGOS LABORALES			CCF			PARAFISCALES									
No.	Tipo	No. de Identificación	Apellidos y Nombres	Cotizante	Subjeto	Exonerado	Columna exterior	Exonerado	ING	RET	TDE	TAE	TDP	TAP	VBP	VBT	SIL	IOE	MA	VAC	AVP	VCT	IRL	CONEXIÓN	Cód. AFP	IBC AFP	Cotización	Voluntari o 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	1032358429	HUERTAS VARGAS MARIA CAMILA	59	0			N								X									25-14	1.490.724	238.600	0	0	0	0	EPS002	1.490.724	186.400	14-11	1.490.724	3	36.400		0	0	0	0	0	0	0

PAGADA



¡Hola, María Camila huertas vargas!

Estado de la Transacción: **Aprobada** ✓

Los siguientes son los datos de tu transacción:

Valor: \$ 462.200

Empresa: COMPENSAR-OI

Descripción: MiPlanilla.com Pago Proteccion Social

Fecha de la transacción: 10/09/2025

CUS: 1767668507

Gracias por utilizar nuestro servicio.



Ten en cuenta estos tips de seguridad:

-  Usa dispositivos personales o de confianza para realizar tus pagos.
-  No abras enlaces sospechosos.
-  Cambia tus contraseñas con regularidad.
-  Digita manualmente la URL del portal de tu entidad financiera.
-  Recuerda que **PSE** nunca te contactará para solicitarte información personal.



Para mayor información comunícate con nosotros:

-  En Bogotá: +57 (601) 3808890 Opción 5
-  Contáctanos: <https://www.pse.com.co/persona-centro-de-ayuda>



Un servicio de



ACH Colombia Oficial



ACHColombiaOficial



@ACHColombia_



ACH Colombia Oficial

