

NELLY MARIA NUMPAQUE LOPEZ

52.726.144

PRESTAR SERVICIOS COMO PROFESIONAL UNIVERSITARIO EN PSICOLOGIA 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.

16/08/2024

TREINTA (30) Y UN (01) DIAS

\$ 1 999 068

2712

2 MESES

SA2 SEDE ADMINISTRATIVA SAN JOSE OBRERO

LIDA ESPERANZA MONTENEGRO PARRA
PROFESIONAL ESPECIALIZADO ÁREA DE LA SALUD CÓDIGO 242 GRADO 30

II. MODIFICACIONES CONTRACTUALES

2

TIEMPO	1 MES
---------------	--------------

TIEMPO	1 MES
---------------	-------

TIEMPO	
PROBLEMA	

TIEMPO
PROPORCIONAL**TIEMPO
PROPORCIONADO****TIEMPO
PROBADO:****TIEMPO
PROBADO:****TIEMPO
PRORROGADO:****TIEMPO
PROBADO:****TIEMPO
PRORROGADO:****TIEMPO
PRORROGADO:****PRORROGADO:****PRORROGADO:****PRORROGADO:****PRORROGADO:****PRORROGADO:**

PRORROGADO:	
--------------------	--

PRORROGADO:	
-------------	--

PRORROGADO:	
--------------------	--

PRORROGADO:	
--------------------	--

PRORROGADO:	
--------------------	--

III. POLIZAS

X

N/A

N/A

IV. 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. 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: Del 01 al 15 de octubre de 2024, se ejecutaron las actividades relacionadas en el lineamiento correspondiente al producto 91 Ruta de Promoción y Mantenimiento en Salud para personas LGBTI.

3. PRODUCTO (EVIDENCIA): Actas de reunión y documento de sistematización

1. OBLIGACIÓN: Presentar mensualmente el cronograma de actividades a desarrollar.
2. ACTIVIDADES DESARROLLADAS: Se realizó la actualización del cronograma del mes de de octubre de 2024
3. PRODUCTO (EVIDENCIA): Cronogramas en DRIVE correo institucional del Entorno Cuidado Comunitario

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 las acciones y actividades en el marco del Fortalecimiento de la Ruta de Promoción y Mantenimiento en Salud para personas LGBTI 3. PRODUCTO (EVIDENCIA): Actas de reunión y documentos de sistematización
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 / acreditación de servicios de salud. 2. ACTIVIDADES DESARROLLADAS: Se ejecutaron las diferentes actividades como planeación de acciones con los Centros de Escucha LGBTI de las cuatro Subredes Centro Oriente, Norte, Sur y Sur Occidente, seguimiento al componente psicosocial, articulación con duplas psicosociales, acompañamientos territoriales y seguimiento a casos. 3. PRODUCTO (EVIDENCIA): Actas de reunión y documentos de sistematización
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 hizo la correspondiente revisión del lineamiento del producto de la Ruta de Promoción y Mantenimiento en Salud LGBTI, con el fin de organización de soportes. 3. PRODUCTO (EVIDENCIA): Acta de Reunión
6	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: Fortalecimiento de capacidades a los profesionales de los Centros de Escucha LGBTI y posicionamiento de la Ruta de Promoción y Mantenimiento en Salud para personas LGBTI. 3. PRODUCTO (EVIDENCIA): Actas de reunión
7	1. OBLIGACIÓN: Realizar revisión y responder por los formatos, documentos, bases o informes generados como resultado de las acciones o intervenciones realizadas en cumplimiento anexos y lineamientos técnicos del convenio PSPIC vigente y suscrito entre el FDS y la Subred. 2. ACTIVIDADES DESARROLLADAS: Se realizó el diligenciamiento de la matriz de casos de barreras de acceso y las sistematizaciones del producto 91, de acuerdo a lo establecido en los Lineamientos. 3. PRODUCTO (EVIDENCIA): Matriz identificación de casos y documentos de sistematización
8	1. OBLIGACIÓN: Participar y gestionar los acercamientos comunitarios e institucionales que se requieran, para el desarrollo de las acciones de cada Espacio y/o Proceso Transversal del PSPIC. 2. ACTIVIDADES DESARROLLADAS: Se llevaron a cabo articulaciones con organizaciones de base comunitaria, líderes y lideresas, asimismo, con institucionales, con el fin de posicionar la Ruta de Promoción y Mantenimiento en Salud para personas LGBTI y el componente psicosocial. 3. PRODUCTO (EVIDENCIA): Actas de reunión
9	1. OBLIGACIÓN: Activar y notificar los eventos de interés en salud pública detectados en cada una de sus intervenciones. 2. ACTIVIDADES DESARROLLADAS: Acompañamientos solidarios y articulación institucional en los casos identificados de barreras de acceso al sistema de salud de las personas trans frente a sus procesos de construcción identitaria. 3. PRODUCTO (EVIDENCIA): Actas de reunión y matriz de seguimiento a casos.
10	1. OBLIGACIÓN: Participar en las asistencias técnicas convocadas por SDS de acuerdo a los procesos asignados y conforme a las actividades, metas y productos establecidos en los anexos y lineamientos técnicos del convenio PSPIC vigente y suscrito entre el FDS y la Subred. 2. ACTIVIDADES DESARROLLADAS: Se participó en las reuniones convocadas por la Referente Distrital de Secretaría Distrital de Salud y por la Coordinadora del Entorno Cuidador Comunitario y otras acciones. 3. PRODUCTO (EVIDENCIA): Acta de entrega de archivo.
11	1. OBLIGACIÓN: Organizar el archivo de la documentación generada de acuerdo a la normatividad tabla de retención documental. 2. ACTIVIDADES DESARROLLADAS: Entrega del archivo al finalizar el mes, de acuerdo a la indicaciones dadas por el Entorno Cuidado Comunitario. 3. PRODUCTO (EVIDENCIA): Carpeta con los soportes de las actividades ejecutadas durante el mes.
12	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: Participar en reuniones, preauditorias, capacitaciones. 3. PRODUCTO (EVIDENCIA): Actas de reunión.

V. INFORMACIÓN DE APORTES A SEGURIDAD SOCIAL

No. DE PLANILLA:	7941108460	OPERADOR:	SOI
CONCEPTO DEL PAGO	ENTIDAD	FECHA DE PAGO	VALOR PAGADO
SALUD:	COMPENSAR	18/10/2024	\$ 200.000
PENSIÓN:	PROTECCION	18/10/2024	\$ 256.000
RIESGOS LABORALES:	POSITIVA	18/10/2024	\$ 39.000
OTRO	CCF COMPENSAR	18/10/2024	\$ 9.600
TOTAL PAGADO			\$ 504.600

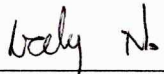
VI. DECLARACIONES DEL CONTRATISTA

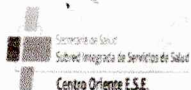
- 1.- Que desarrollé las actividades descritas en el informe anexo, dentro del periodo de cobro.
- 2.- Que realicé el pago de la Seguridad Social donde el IBC se calculó sobre el 40% de los ingresos cancelados del mes anterior pago del cual anexo copia simple, sin que en ningún caso el IBC sea menor a 1 SMMMLV (de ser el primer pago adjunto certificaciones de afiliación a EPS, ARL, Pensión, RUT)
- 3.- Que adjunto evidencia del cargo 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 periodo correspondiente


NOMBRE Y FIRMA DEL CONTRATISTA: NELLY MARIA NUMPAQUE LOPEZ
CC: 52.726.144
CEL 3144909847



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: 6
FECHA: 2024-09-16

DATOS DEL CONTRATISTA

FECHA DE DILIGENCIAMIENTO: 31/10/2024

NOMBRES Y APELLIDOS:	NELLY MARIA NUMPAQUE LOPEZ	CC:	52.726.144
		RUT (NIT):	52726144-8
CORREO ELECTRÓNICO:	nnumpaque.acolectiva.hco@gmail.com	TELÉFONO:	3144909847
DIRECCIÓN DOMICILIO:	KR 12 H BIS 31 F 62 SUR	CIUDAD:	BOGOTÁ D.C.

Manifiesto bajo la gravedad del juramento que, en la declaración de renta del año gravable 2024.

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 párrafo 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 BBVA				
NOMBRE DEL BANCO (APLICA CUANDO EL BANCO NO SE ENCUENTRE EN LA LISTA DESPLEGABLE)		TIPO DE CUENTA:	AHORROS	N° CUENTA:	0074120692

NÚMERO DEL CONTRATO Y DATOS DE LA ÚLTIMA ADICIÓN (PERIODO OBJETO DE PAGO)

N° DEL CONTRATO:	PS 4520 2024	N° CDP:	3170 ✓	N° RP:	42533 ✓	PLAZO DEL CONTRATO INCLUIDAS PRORROGAS : 2 MESES
FECHA DE INICIO CONTRATO	16/08/2024	FECHA DE TERMINACIÓN CONTRATO:		15/10/2024		TOTAL DEL CONTRATO INCLUIDO ADICIONES: \$ 12.127.679
PERIODO OBJETO DE COBRO:	DEL 1/10/2024 ✓ AL 15/10/2024 ✓					
VALOR A PAGAR CORRESPONDIENTE AL PERIODO OBJETO DE COBRO EN (LETRAS Y NUMEROS)	\$ 1.999.068 ✓					
	UN MILLÓN NOVECIENTOS NOVENTA Y NUEVE MIL SESENTA Y OCHO PESOS					

Nelly N.

NOMBRE Y FIRMA DEL CONTRATISTA: NELLY MARIA NUMPAQUE LOPEZ

C.C: 52.726.144
CEL: 3144909847

52.726.144

PRESTAR SERVICIOS COMO PROFESIONAL UNIVERSITARIO EN PSICOLOGIA 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.

\$ 4,131,407

\$ 1,999.068

2712

2 MESES

SOI

GSP PSPIC - COMUNITARIO

SA2 SEDE ADMINISTRATIVA SAN JOSE OBRERO

LIDA ESPERANZA MONTENEGRO PARRA
PROFESIONAL ESPECIALIZADO ÁREA DE LA SALUD CÓDIGO 242 GRADO 30

2

1 MES

1 MES

--	--

1

100

1

1

1

100

1

1

1

1

1

1

1

1

VALOR ADICIONADO		CDP DE LA ADICIÓN:		RP DE LA ADICIÓN:		TIEMPO PRORROGADO:	
VALOR ADICIONADO		CDP DE LA ADICIÓN:		RP DE LA ADICIÓN:		TIEMPO PRORROGADO:	
VALOR ADICIONADO		CDP DE LA ADICIÓN:		RP DE LA ADICIÓN:		TIEMPO PRORROGADO:	
VALOR ADICIONADO		CDP DE LA ADICIÓN:		RP DE LA ADICIÓN:		TIEMPO PRORROGADO:	

III. POLIZAS (SI APLICA)

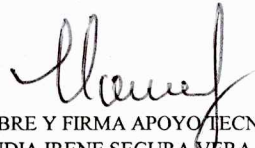
N° DE PÓLIZA:	N/A	NOMBRE DE LA ASEGURADORA:	N/A
FECHA DE LA PÓLIZA	N/A	ACTO ADMINISTRATIVO DE APROBACIÓN:	N/A

IV. 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 1/10/2024 al 15/10/2024

FIRMA DE QUIEN CONVALIDA EL CUMPLIMIENTO DE LAS OBLIGACIONES PARA EL PRESENTE PERIODO DE PAGO:	
	NOMBRE Y FIRMA DEL SUPERVISOR: LIDA ESPERANZA MONTENEGRO PARRA CARGO: PROFESIONAL ESPECIALIZADO ÁREA DE LA SALUD CÓDIGO 242 GRADO 30
	
	NOMBRE Y FIRMA APOYO TECNICO DEL SUPERVISOR: CLAUDIA IRENE SEGURA VERA PERFIL: PROFESIONAL ESPECIALIZADO REFERENTE DE GESTION



PLANILLA INTEGRADA AUTOLIQUIDACIÓN APORTES
COMPROBANTE DE PAGO

BBVA

DATOS GENERALES DEL APORTANTE		
TIPO IDENTIFICACIÓN:	CÉDULA DE CIUDADANÍA	NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN: 52726144
NOMBRE Ó RAZÓN SOCIAL:	NELLY MARIA NUMPAQUE LOPEZ	
CIUDAD/MUNICIPIO:	BOGOTA DISTRITO CAPITAL	DEPARTAMENTO: BOGOTA - DISTRITO CAPITAL
DIRECCIÓN:	KRA. 12 H BIS NO 31 F 62 SUR	TELÉFONO: 7022350
TIPO APORTANTE:	02-INDEPENDIENTE	CLASE APORTANTE: I-INDEPENDIENTE
TIPO EMPRESA:	PRIVADA	ACTIVIDAD ECONOMICA: Otras actividades de atención de
FORMA DE PRESENTACIÓN:	ÚNICO	
APORTANTE EXONERADO PAGO APORTES SALUD, SENA E ICBF (REFORMA TRIBUTARIA):	NO	

DATOS GENERALES DE LA PLANILLA		
NÚMERO PLANILLA:	7941108460	TIPO DE PLANILLA: I-INDEPENDIENTES
PERIODO COTIZACIÓN:	MES: septiembre	PERIODO COTIZACIÓN: MES: septiembre
OTROS SUBSISTEMAS:	AÑO: 2024	SALUD: AÑO: 2024
DÍAS DE MORA:	8	
FECHA PAGO (aaaa/mm/dd):	2024/10/18	NÚMERO AUTORIZACIÓN: 988914386

NOVEDADES																
ING	RET	TDE	TAE	TDP	TAP	COR	VSP	VST	SLN	COM	IGE	LMA	VAC	AVP	VCT	IRP

LIQUIDACIÓN GENERAL					TOTALES	
					COTIZANTES	TOTAL PAGADO
PENSIÓN						
ADMINISTRADORA						
NIT	CÓDIGO	NOMBRE				
800229739	230201	230201- PROTECCION			1	\$ 257.500
SUBTOTAL:					1	\$ 257.500
SALUD						
ADMINISTRADORA						
NIT	CÓDIGO	NOMBRE				
860066942	EPS008	EPS008-COMPENSAR			1	\$ 201.200
SUBTOTAL:					1	\$ 201.200
CAJA DE COMPENSACIÓN						
ADMINISTRADORA						
NIT	CÓDIGO	NOMBRE				
860066942	CCF24	CCF24-COMPENSAR			1	\$ 9.700
SUBTOTAL:					1	\$ 9.700
RIESGOS PROFESIONALES						
ADMINISTRADORA						
NIT	CÓDIGO	NOMBRE				
860011153	14-23	14-23-POSITIVA COMPAÑIA DE SEGUROS S.A.			1	\$ 39.300
SUBTOTAL:					1	\$ 39.300

VALOR SIN MORA:	\$ 504.600
VALOR MORA:	\$ 3.100
TOTAL PAGADO:	\$ 507.700



DETALLE DEL MOVIMIENTO

Concepto

VALOR PAGO FACTURA SERVICIO PSE

Fecha de la operación

17 octubre 2024

Hora

08:10 p.m.

Número de la operación

3223

VALOR

Valor de la operación

\$ -507.700,00