

CELEBRADO ENTRE LA SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E. Y

LEIDY FERNANDA MORENO MALDONADO

NÚMERO DE DOCUMENTO DE IDENTIDAD:

1.010.179.345

OBJETO DEL CONTRATO:

PRESTAR SERVICIOS COMO GESTOR COMUNITARIO O AGENTE DE CAMBIO 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 5632 2024

FECHA INICIO CONTRATO

21/11/2024

VALOR INICIAL DEL CONTRATO

\$ 717,588

**PLAZO
INICIAL DEL
CONTRATO**

CATORCE (14) DIAS

**VALOR TOTAL DEL CONTRATO
INCLUIDO ADICIONES:**

\$ 2,766,167

**VALOR DE HONORARIOS PERÍODO A
CERTIFICAR:**

\$ 718,702

Nº DE INFORME:

3

Nº CRP:

48559

N° CDP:

3690

**PLAZO TOTAL DEL CONTRATO
INCLUIDO PRORROGAS**

1 MES 10 DIAS

UNIDAD FUNCIONAL EJECUCIÓN DE ACTIVIDADES:

SA2 SEDE ADMINISTRATIVA SAN JOSE OBRERO

NOMBRE DEL SUPERVISOR:

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

II. MODIFICACIONES CONTRACTUALES

[illegible]

III. POLIZAS

¿PACTÓ POLIZAS EN SU CONTRATO?

	SI	NO	X
Nº DE PÓLIZA:	N/A	NOMBRE DE LA ASEGURADORA:	N/A
FECHA DE LA PÓLIZA	N/A	FECHA DE APROBACIÓN:	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	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 el FDS y la Subred. 2. ACTIVIDADES DESARROLLADAS: Apropiación conceptual lineamientos para la vigencia, reunión de equipo y asistencias técnicas concertaciones de espacios comunitarios, cumplir con el plan de acción, cronograma. 3. PRODUCTO (EVIDENCIA): Actas
2	1. OBLIGACIÓN: Presentar mensualmente el cronograma de actividades a desarrollar 2. ACTIVIDADES DESARROLLADAS: Se elabora cronograma correspondiente al mes de Noviembre en medio magnetico. 3. PRODUCTO (EVIDENCIA): Cronograma de actividades mensuales en drive.
3	1. OBLIGACIÓN: Apoyar la prestación de servicios en el Plan de Intervención Colectiva, 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: Desarrollar las actividades de acuerdo al plan de acción de la estrategia donde se incluye el desarrollo de las acciones de los Servicios de Acogida Juvenil en las localidades Santa Fe, Martires, Antonio Nariño, Rafael Uribe Uribe, San Cristobal y La Candelaria, como lo son recorridos, convocatorias, articulaciones, concertaciones y socializaciones.
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: llevar a cabo apoyo a las actividades que están sujetas al objeto contractual. 3. PRODUCTO (EVIDENCIA): Actas
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: Realizar apropiación conceptual de lineamientos, anexos técnicos, caja de herramientas e instructivos. 3. PRODUCTO (EVIDENCIA): Actas
6	1. OBLIGACIÓN: Realizar acciones extramurales a la población asignada a nivel individual, familiar y colectivo, desde su perfil operativo, conforme a los anexos y lineamientos técnicos que hagan parte de la relación contractual entre la Subred con el Fondo financiero - SDS. 2. ACTIVIDADES DESARROLLADAS: Realización de actividades de acuerdo al plan de acción por equipo, donde se incluye 4 recorridos, 12 Articulación, socialización y/o concertación, convocatoria telefónicas según el momento requerido y acompañamiento a las acciones colectivas.
7	1. OBLIGACIÓN: Realizar actividades de promoción y prevención de la salud a nivel individual, familiar y colectivo, desde su perfil operativo y conforme a los anexos y lineamientos 2. ACTIVIDADES DESARROLLADAS: posicionamiento de la estrategia de educación en salud teniendo en cuenta las necesidades identificadas de acuerdo a los lineamientos técnicos, así como también la socialización de los servicios ofertados por la estrategia Servicios de Acogida Juveniles. 3. PRODUCTO (EVIDENCIA): Actas
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: Gestionar y articular con actores locales, intersectoriales, institucionales de base comunitaria, educativas o deportivas.
9	1. OBLIGACIÓN: Organizar el archivo de la documentación generada de acuerdo a la normatividad y tabla de retención documental. 2. ACTIVIDADES DESARROLLADAS: hacer entrega del archivo cumpliendo las especificaciones correspondientes para su debida custodia.
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: desarrollar acciones que sean asignadas de acuerdo a la naturaleza del objeto contractual y perfil profesional.

V. INFORMACIÓN DE APORTES A SEGURIDAD SOCIAL

No. DE PLANILLA:	9477821433 - 9478629125	OPERADOR:	APORTES EN LINEA
CONCEPTO DEL PAGO	ENTIDAD	FECHA DE PAGO	VALOR PAGADO
SALUD:	SANITAS	6/12/2024	\$ 162,500
PENSIÓN:	PORVENIR	6/12/2024	\$ 208,000
RIESGOS LABORALES:	POSITIVA	10/12/2024	\$ 31,700
OTRO			\$ -
TOTAL PAGADO			\$ 402,200

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 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 periodo correspondiente

NOMBRE Y FIRMA DEL CONTRATISTA: LEIDY FERNANDA MORENO MALDONADO
CC: 1.010.179.345
CEL 3104835332



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 GESTION

CÓDIGO: AP-IA-FT-014
VERSIÓN: 6
FECHA: 2024-09-16

DATOS DEL CONTRATISTA

FECHA DE DILIGENCIAMIENTO: 31/01/2025

NOMBRES Y APELLIDOS:	LEIDY FERNANDA MORENO MALDONADO	CC:	1,010,179,345
CORREO ELECTRÓNICO:	fer28mm@gmail.com	RUT (NIT):	1010179345-2
DIRECCIÓN DOMICILIO:	KR 17 22A 10	TELÉFONO:	3104835332
		CIUDAD:	BOGOTÁ

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

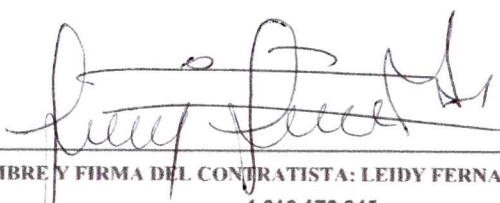
SI ()

NO (X)

BANCO AL CUAL CONSIGNAR:	BANCO CAJA SOCIAL				
NOMBRE DEL BANCO (APLICA CUANDO EL BANCO NO SE ENCUENTRE EN LA LISTA DESPLEGABLE)		TIPO DE CUENTA:	AHORROS	N° CUENTA:	24058040887

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

N° DEL CONTRATO:	PS 5632 2024	N° CDP:	4011 - 4170	N° RP:	48847 - 51190	PLAZO DEL CONTRATO INCLUIDAS PRORROGAS: 1 MES 10 DIAS
FECHA DE INICIO CONTRATO	21/11/2024	FECHA DE TERMINACIÓN CONTRATO:	31/12/2024			TOTAL DEL CONTRATO INCLUIDO ADICIONES: \$ 2,766,167
PERIODO OBJETO DE COBRO:	DEL 3/12/2024 AL 31/12/2024					
VALOR A PAGAR CORRESPONDIENTE AL PERIODO OBJETO DE COBRO EN (LETRAS Y NUMEROS)	\$ 718,702					
	SETECIENTOS DIECIOCHO MIL SETECIENTOS DOS PESOS					


NOMBRE Y FIRMA DEL CONTRATISTA: LEIDY FERNANDA MORENO MALDONADO
CC: 1,010,179,345
CEL: 3104835332

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:	
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)

Nº 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 **3/12/2024** al **31/12/2024**

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

DATOS GENERALES DEL APORTANTE

Identificación	dv	Razon Social	Clase Aportante	Sucursal Principal	Direccion	Ciudad-Departamento	Teléfono	Exonerado SENA e ICBF
CC 1010179345		LEIDY FERNANDA MORENO MALDONADO	INDEPENDIENTE	PRINCIPAL	Trasversal 17 # 22 a 10	BOGOTA-BOGOTA D.E.	3104835332	No

DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION

Periodo		Clave		Tipo	Fecha		Pago		
Pensión	Salud	Pago	Planilla	Planilla	Limite	Pago	Banco	Dias Mora	Valor
2024-11	2024-11	1106823617	9477821433	I	2024/12/11	2024/12/06	NEQUI	0	\$370,500

LIQUIDACION DETALLADA DE APORTES

EMPLEADO			NOVEDADES																	PENSION			SALUD			CCF			RIESGOS				PARAFISCALES																								
No.	Identificación	Nombre	ing	ret	de	tae	tdp	tap	vsp	cor	vst	aln	lge	lma	vac	avp	vct	lri	vip	Código	Días	IBC	Aporte	Código	Días	IBC	Aporte	Código	Días	IBC	Aporte	Código	Días	IBC	Tarifa	Aporte	Días	IBC	Aporte	Exonerado SENA e ICBF	Total Aportes																
SUCURSAL: PRINCIPAL (1 Afiliados)																									\$1,300,000	\$208,000			\$1,300,000	\$162,500			\$0	\$0			\$0	\$0			\$0	\$0			\$0	\$0			\$0	\$0			\$0	\$0			\$370,500
Centro de Trabajo: PRINCIPAL (1 Afiliados)																									\$1,300,000	\$208,000			\$1,300,000	\$162,500			\$0	\$0			\$0	\$0			\$0	\$0			\$0	\$0			\$0	\$0			\$0	\$0			\$370,500
Ciudad: BOGOTA Depto: BOGOTA D.E. (1 Afiliados)																									\$1,300,000	\$208,000			\$1,300,000	\$162,500			\$0	\$0			\$0	\$0			\$0	\$0			\$0	\$0			\$0	\$0			\$0	\$0			\$370,500
1	CC 1010179345	MORENO LEIDY																		230301	30	\$1,300,000	\$208,000	EPS005	30	\$1,300,000	\$162,500		0	\$0	\$0		0	\$0	0.000%	\$0	0	\$0	\$0	No	\$370,500																
Total Afiliados(1)																									\$1,300,000	\$208,000			\$1,300,000	\$162,500			\$0	\$0			\$0	\$0			\$0	\$0			\$0	\$0			\$0	\$0			\$0	\$0			\$370,500

DATOS GENERALES DEL APORTANTE

Identificación	dv	Razon Social	Clase Aportante	Sucursal Principal	Direccion	Ciudad-Departamento	Teléfono	Exonerado SENA e ICBF
CC 1010179345		LEIDY FERNANDA MORENO MALDONADO	INDEPENDIENTE	PRINCIPAL	Trasversal 17 # 22 a 10	BOGOTA-BOGOTA D.E.	3104835332	No

DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION

Periodo		Clave		Tipo	Fecha		Pago		
Pensión	Salud	Pago	Planilla	Planilla	Limite	Pago	Banco	Dias Mora	Valor
2024-11	2024-11	1106823617	9477821433	I	2024/12/11	2024/12/06	NEQUI	0	\$370,500

RESUMEN DE PAGO

RIESGO	CODIGO	NIT	DV	AFILIADOS	VALOR LIQUIDADO	INTERESES MORA	SALDOS E INCAPACIDADES	VALOR A PAGAR
AFP (ADMINISTRADORAS: 1)				1	\$208,000	\$0	\$0	\$208,000
PORVENIR	230301	800,224,808	8	1	\$208,000	\$0	\$0	\$208,000
EPS (ADMINISTRADORAS: 1)				1	\$162,500	\$0	\$0	\$162,500
SANITAS	EPS005	800,251,440	6	1	\$162,500	\$0	\$0	\$162,500
TOTAL				1	\$370,500	\$0	\$0	\$370,500



Comprobante

Movimiento hecho en:

Nequi

Número de referencia

M21705259

⬇ Pago realizado

Pago en

Aportes En Linea

¿Cuánto?

\$ 370.500,00

Fecha

**06 de diciembre de 2024 a las 04:03
p. m.**

¿Preguntas? Ve al menú Movimientos en
la app Nequi y reporta un problema.

Si pagó con dinero del número
de Celular 154

VIGILADO

DATOS GENERALES DEL APORTANTE

Identificación	dv	Razon Social	Clase Aportante	Sucursal Principal	Dirección	Ciudad-Departamento	Teléfono	Exonerado SENA e ICBF
CC 1010179345		MORENO MALDONADO LEIDY FERNANDA	INDEPENDIENTE	PRINCIPAL	Transversal 17 # 22 b 10	BOGOTA-BOGOTA D.E.	3104835332	No

DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION

Periodo		Clave		Tipo	Fecha		Pago		
Pensión	Salud	Pago	Planilla	Planilla	Limite	Pago	Banco	Dias Mora	Valor
2024-11	2024-11	1115822552	9478629125	N	2024/12/11	2024/12/10	NEQUI	0	\$31,700

LIQUIDACION DETALLADA DE APORTES

EMPLEADO				PENSION				SALUD				CCF				RIESGOS				PARAFISCALES			
No.	Identificación	Nombres	Codigo	Dias	IBC	Aporte	Codigo	Dias	IBC	Aporte	Código	Días	IBC	Aporte	Codigo	Días	IBC	Aporte	Días	IBC	Aporte		
Sucursal: PRINCIPAL (1 Afiliados)					\$0	\$0			\$0	\$0			\$0	\$0			\$1,300,000	\$31,700		\$0	\$0		
Centro de Trabajo: PRINCIPAL (1 Afiliados)					\$0	\$0			\$0	\$0			\$0	\$0			\$1,300,000	\$31,700		\$0	\$0		
Ciudad: BOGOTA Depto: BOGOTA D.E. (1 Afiliados)					\$0	\$0			\$0	\$0			\$0	\$0			\$1,300,000	\$31,700		\$0	\$0		
1	CC	1010179345	MORENO LEIDY	230301	30	(\$1,300,000)	(\$208,000)	EPS005	30	(\$1,300,000)	(\$162,500)	0		\$0	\$0	14-23	0	\$0	\$0	0	\$0	\$0	
2	CC	1010179345	MORENO LEIDY	230301	30	\$1,300,000	\$208,000	EPS005	30	\$1,300,000	\$162,500	0		\$0	\$0	14-23	30	\$1,300,000	\$31,700	0	\$0	\$0	
Total Afiliados(1)					\$0	\$0			\$0	\$0			\$0	\$0			\$1,300,000	\$31,700		\$0	\$0		

DATOS GENERALES DEL APORTANTE								
Identificación	dv	Razon Social	Clase Aportante	Sucursal Principal	Dirección	Ciudad-Departamento	Teléfono	Exonerado SENA e ICBF
CC 1010179345		MORENO MALDONADO LEIDY FERNANDA	INDEPENDIENTE	PRINCIPAL	Trasversal 17 # 22 a 10	BOGOTA-BOGOTA D.E.	3104835332	No

DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION								
Periodo		Clave		Tipo	Fecha		Pago	
Pensión	Salud	Pago	Planilla	Planilla	Límite	Pago	Banco	Valor
2024-11	2024-11	1115822552	9478629125	N	2024/12/11	2024/12/10	NEQUI	\$31,700

RESUMEN DE PAGO								
RIESGO	CODIGO	NIT	DV	AFILIADOS	VALOR LIQUIDADO	INTERESES MORA	SALDOS E INCAPACIDADES	VALOR A PAGAR
ARL (ADMINISTRADORAS: 1)				1	\$31,700	\$0	\$0	\$31,700
POSITIVA COMPAÑIA DE SEGUROS				14-23	860,011,153	6	1	\$31,700
TOTAL				1	\$31,700	\$0	\$0	\$31,700



Comprobante

Movimiento hecho en:

Nequi

Número de referencia

M6210748

⬇ Pago realizado

Pago en

Aportes En Linea

¿Cuánto?

\$ 31.700,00

Fecha

10 de diciembre de 2024 a las 02:06

p. m.

¿Preguntas? Ve al menú Movimientos en la app Nequi y reporta un problema.