

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

NUVIA DIAZ LEON

NÚMERO DE DOCUMENTO DE IDENTIDAD:

52,028,140

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 N.º

PS 4600 2024

FECHA INICIO CONTRATO

26/08/2024

VALOR INICIAL DEL CONTRATO

\$ 1.332.663

**PLAZO
INICIAL DEL
CONTRATO**

VEINTISEIS (26) DIAS

**VALOR TOTAL DEL CONTRATO
INCLUIDO ADICIONES:**

\$ 7,383,131

VALOR DE HONORARIOS PERÍODO A
CERTIFICAR:

\$ 718.702

Nº DE INFORME:

7

Nº CRP:

40414

N° CDP:

2713

**PLAZO TOTAL DEL CONTRATO
INCLUIDO PRORROGAS**

4 MESES 5 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

ÍTEM	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 entre el FDS y la Subred. 2. ACTIVIDADES DESARROLLADAS: Realizar las actividades descritas en el documento marco para la operación en el territorio según lo programado para el mes un total de 3 sesiones distribuidas en 11 grupos, y jornadas de actividades en la localidad de SAN CRISTOBAL. 3. PRODUCTO (EVIDENCIA): seguimientos, canalizaciones concertaciones diarias de campo
2	1. OBLIGACIÓN: Presentar mensualmente el cronograma de actividades a desarrollar 2. ACTIVIDADES DESARROLLADAS: Se presenta el cronograma del mes 3. PRODUCTO (EVIDENCIA): Cronograma del mes
3	1. OBLIGACIÓN: 3. diseñar piezas comunicativas de acuerdo a las necesidades identificadas. 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: Un total de 44 sesiones distribuidas en 11 grupos, realización de actividades en la localidad de SAN CRISTOBAL. Crear materiales de comunicación según las necesidades identificadas. Colaborar en la implementación del Plan de Intervenciones Colectivas, presentando la información y soportes necesarios según los anexos y lineamientos técnicos del convenio vigente. 3. PRODUCTO (EVIDENCIA): Listados de sesiones colectivas, diarios de campo, actas
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 habitación y acreditación de servicios de salud. ☐ 2. ACTIVIDADES DESARROLLADAS: Contribuir activamente en todas las actividades que están directamente vinculadas con el propósito del contrato, apoyar a la comunidad, con discapacidad, personas mayores y a su vez a toda la población que participe en los grupos conformados por RBC.
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: 1. Realizar acta de apropiación conceptual de los lineamientos dispuestos por la Secretaría de Salud según vigencia 2024 3. PRODUCTO (EVIDENCIA): Acta de apropiación de lineamientos
6	1. OBLIGACIÓN: 6. Generar Adherencia al proceso de gestión documental, en la organización y custodia de los documentos generados Realizar acciones extramurales a la población asignada a nivel individual, familiar y colectivo, desde su perfil operativo, y 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: Asistir a asistencia técnica programada por Secretaría de Salud y Subred Centrooriente. 3. PRODUCTO (EVIDENCIA): Listados y acta de asistencia SDS y Subred Centro oriente - Entorno Cuidador Comunitario RBC
7	1. OBLIGACIÓN: Realizar acciones 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: Actas, listados de sesiones colectivas y diarios de campo de las acciones desarrolladas durante el mes, con los grupos, ejecutar tareas de promoción de la salud y prevención de enfermedades 3. PRODUCTO (EVIDENCIA): Listados de sesiones colectivas, diarios de campo, 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: 1. Realizar articulaciones y concertaciones con líderes de la comunidad y de los grupos de red de personas cuidadoras y capacidades. 3. PRODUCTO (EVIDENCIA): Actas, formatos de sesiones colectivas, diarios de campo
9	1. OBLIGACIÓN: Organizar el archivo de la documentación generada de acuerdo a la normatividad y tabla de retención documental. ☐ 2. ACTIVIDADES DESARROLLADAS: organizar y/o realizar documentos, preauditoria, del mes. Se entregan productos con los términos de calidad, oportuna y veracidad definidos. 3. PRODUCTO (EVIDENCIA): Actas
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: Asistir a las reuniones convocadas por profesional de apoyo RBC Afectación Psicosocial y líder del entorno comunitario, grupo técnico discapacidad, asistencias técnicas SDS referentes sobre Lineamientos. 3. PRODUCTO (EVIDENCIA): Actas y soportes

V. INFORMACIÓN DE APORTES A SEGURIDAD SOCIAL

No. DE PLANILLA:	1068731872	OPERADOR:	SIMPLE
CONCEPTO DEL PAGO	ENTIDAD	FECHA DE PAGO	VALOR PAGADO
SALUD:	SALUD TOTAL	10/12/2024	\$ 162.500
PENSIÓN:	PORVENIR	10/12/2024	\$ 208.000
RIESGOS LABORALES:	SURA	10/12/2024	\$ 31.700
OTRO	CCF COMPENSAR	10/12/2024	\$ 26.000
TOTAL PAGADO			\$ 428.200

VI. DECLARACIONES DEL CONTRATISTA

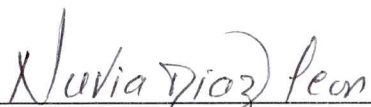
- 1.- Que desarrollé las actividades descritas en el informe anexo, dentro del periodo de cobro.
- 2.- Que realicé el pago de la Seguridad Social donde el IBC se calculó sobre el 40% de los ingresos cancelados del mes anterior pago del cual anexo copia simple, sin que en ningún caso el IBC sea menor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

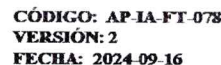
VII. ANEXOS

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

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

Nuvia Díaz León
NOMBRE Y FIRMA DEL CONTRATISTA: NUVIA DIAZ LEON
 CC: 52.028.140
 CEL 3203076473

		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: 31/01/2025						
NOMBRES Y APELLIDOS:	NUVIA DIAZ LEON		CC:	52.028.140		
			RUT (NIT):	52028140-4		
CORREO ELECTRÓNICO:	nuviadile@gmail.com		TELÉFONO:	3203076473		
DIRECCIÓN DOMICILIO:	CL 114 A SUR 8B 2 ESTE		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 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					
NOMBRE DEL BANCO (APLICA CUANDO EL BANCO NO SE ENCUENTRE EN LA LISTA DESPLIEGABLE)			TIPO DE CUENTA:	AHORROS	N° CUENTA: 4870342310	
NÚMERO DEL CONTRATO Y DATOS DE LA ÚLTIMA ADICIÓN (PERIODO OBJETO DE PAGO)						
N° DEL CONTRATO:	PS 4600 2024	N° CDP:	4011	N°. RP:	48762	PLAZO DEL CONTRATO INCLUIDAS PRORROGAS: 4 MESES 5 DIAS
FECHA DE INICIO CONTRATO	26/08/2024	FECHA DE TERMINACIÓN CONTRATO:	31/12/2024		TOTAL DEL CONTRATO INCLUIDO ADICIONES: \$ 7.383.131	
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: NUVIA DIAZ LEON						
CC:	52.028.140					
CEL:	3203076473					



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



PAGOSIMPLE |

AUTOLIQUIDACION
CONSOLIDADA

Fecha creación reporte: 2024-12-30, 10:34:34 A. M.

Tipo Planilla:

I: PLANILLA INDEPENDIENTES

Número Planilla:

1068731872

Periodo Cotización:

noviembre de 2024

Periodo Servicio:

noviembre de 2024

PAGADA 10/12/2024

I. DATOS DEL APORTANTE

Razón Social	NUVIA DIAZ LEON		
Documento	CC52028140	Dirección	CL 114A SUR #8 B - 2 ESTE PORTALDEL DIV
Tipo de Empresa	INDEPENDIENTE	Teléfono	3203076473
Tipo Persona	NATURAL	Forma Presentación	ÚNICO
Ciudad	BOGOTA D.C.	Departamento	BOGOTA D.C.
Representante Legal		Identificación	
Total Afiliados	1	ARP	ARL SURA

II. DETALLE DEL APORTANTE

Datos Afiliado				Novedades																		Pensiones			Salud			Riesgos			Cajas			Parafiscales			Total		
Identificación	Apellidos y Nombres	Tipo Cotizante	Subtipo Cotizante	ING	RET	RET A	TAE	TDP	TAP	USI	CCCL	SVT	IGE	LMA	VAC	AVP	VCT	IRP	Das APP	Das EPS	Das AOP	Das CCF	Administradora	IBC Pensión	Aporte Pensión	Administradora	IBC Salud	Aporte Salud	Tarifa	IBC Riesgos	Aporte Riesgos	Administradora	IBC Caja	Aporte Caja	Aporte Sena	Aporte ICBF	ESAP	Aporte Ministerio	Total
CC 52028140	NUVIA DIAZ LEON	57	0															0	30	30	30	30	(230301) PORVENIR	\$1.300.000	\$208.000	(EPS002) SALUD TOTAL EPS	\$1.300.000	\$162.500	2.436	\$1.300.000	\$31.700	(CCF24) COMPENSAR CCF	\$1.300.000	\$26.000	\$0	\$0	\$0	\$0	\$428.200

III. TOTALES

IBC Pensión	IBC Salud	IBC Riesgos	IBC Cajas	Aportes Pensión	Aportes Salud	Aportes Riesgos	Aportes Cajas	Aportes Sena	Aportes ICBF	Aportes ESAP	Aportes Min Educación	Incapacidades licencias, saldos a Favor	Incapacidades ARP	SUBTOTAL SIN INTERESES DE MORA	TOTAL INTERESES DE MORA	TOTAL FINAL
\$1.300.000	\$1.300.000	\$1.300.000	\$1.300.000	\$208.000	\$162.500	\$31.700	\$26.000	\$0	\$0	\$0	\$0	\$0	\$0	\$428.200	\$0	\$428.200



Pago PSE

Resultado de su transacción

Código único CUS

1114431356

Destino de pago

SIMPLE OI

Motivo

Pago de Seguridad Social

Fecha

10/12/2024

Número de aprobación

00431356

Dirección IP

45.238.182.39

Valor transacción

\$ 428.200,00

Costo de la transacción

\$ 0,00 IVA incluido

Referencia 1

10.0.19.58

Referencia 2

CC

Referencia 3

52028140