

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

LAURA ALEJANDRA SIERRA RINCON

NÚMERO DE DOCUMENTO DE IDENTIDAD:

1,033,795,110

OBJETO DEL CONTRATO:

PRESTAR SERVICIOS COMO PROFESIONAL UNIVERSITARIO EN 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 3563 2024

FECHA INICIO CONTRATO

15/02/2024

VALOR INICIAL DEL CONTRATO

\$ 4,531,221

PLAZO INICIAL DEL CONTRATO

UN (1) MES Y CUATRO (4) DIAS

**VALOR TOTAL DEL CONTRATO
INCLUIDO ADICIONES:**

\$ 44,079,001

VALOR DE HONORARIOS PERÍODO A CERTIFICAR:

\$ 1,042,992

N° DE INFORME:

14

N° CRP:

17428

N° CDP:

173

**PLAZO TOTAL DEL CONTRATO
INCLUIDO PRORROGAS**

10 MESES 16 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: Reunion para la socialización de meta del mes de diciembre 3. PRODUCTO (EVIDENCIA): Actas y listado de asistencia			
2	1. OBLIGACIÓN: Presentar mensualmente el cronograma de actividades a desarrollar. 2. ACTIVIDADES DESARROLLADAS: Entrega de cronograma mensual de la implementación de las acciones desarrolladas en el entorno Bienestar en Nuestro Entorno Educativo, actualizado de manera periodica y proyección de cronograma del mes de enero. 3. PRODUCTO (EVIDENCIA): Cronogramas en fisico y digital			
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: Realización de 16 sesiones de seguimiento a gestantes y lactantes 3. PRODUCTO (EVIDENCIA): Actas y listado de asistencia. Formato de sesiones colectivas. Ficha de conteo de jornadas.			
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: Participacion en la reunion del Entorno cuidador Educativo programada para el mes de diciembre de 2024. 3. PRODUCTO (EVIDENCIA): Actas y listado de asistencia			
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: Realización de apropiación de lineamientos enviados por la Secretaría Distrital de Salud para la vigencia diciembre de 2024 a julio 2025. 3. PRODUCTO (EVIDENCIA): Actas y listado de asistencia			
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: No se desarrolla esta actividad para el mes de diciembre 2024 3. PRODUCTO (EVIDENCIA): No se cuenta con soporte o evidencia, ya que no se programo la actividad para el mes			
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 a los anexos y lineamientos técnicos del convenio pspic vigente y suscrito entre el fds y la subred. 2. ACTIVIDADES DESARROLLADAS: Seguimiento a las acciones y preauditoria de las evidencias desarrolladas durante el mes diciembre. Actualización de tablero de control y población abordada. 3. PRODUCTO (EVIDENCIA): Actas con listado de asistencia Bases dispuestas desde el entorno			
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: Acercamientos comunitarios e institucionales necesarios para el desarrollo de las actividades del producto iniciativas de salud y bienestar. 3. PRODUCTO (EVIDENCIA): Actas y listado de asistencia			
9	1. OBLIGACIÓN: Activar y notificar los eventos de interés en salud pública detectados en cada una de sus intervenciones. 2. ACTIVIDADES DESARROLLADAS: Realización de canalizaciones de acuerdo a las necesidades. 3. PRODUCTO (EVIDENCIA): Formato de Canalizaciones.			
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: Para el periodo no se programaron asistencias técnicas convocadas por la SDS 3. PRODUCTO (EVIDENCIA): No se cuenta con soporte o evidencia, ya que no se programo la actividad para el mes			
11	1. OBLIGACIÓN: Organizar el archivo de la documentación generada de acuerdo a la normatividad y tabla de retención documental. 2. ACTIVIDADES DESARROLLADAS: Realizar acciones de gestión documental de acuerdo a planeación del apoyo a la gestión. 3. PRODUCTO (EVIDENCIA): Cajas de organización y archivo FUID			
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: Realizar acciones y actividades requeridas de acuerdo a la necesidad del contrato dentro del entorno educativo 3. PRODUCTO (EVIDENCIA): Soportes requeridos de acuerdo a la actividad			
V. INFORMACIÓN DE APORTES A SEGURIDAD SOCIAL				
No. DE PLANILLA:	82436664	OPERADOR:	MI PLANILLA	
CONCEPTO DEL PAGO	ENTIDAD	FECHA DE PAGO	VALOR PAGADO	
SALUD:	SANITAS	6/12/2024	\$	266,200
PENSIÓN:	PORVENIR	6/12/2024	\$	340,800
RIESGOS LABORALES:	SURA	6/12/2024	\$	51,900
OTRO			\$	-
TOTAL PAGADO			\$	658,900
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				
Laura Sierra				
NOMBRE Y FIRMA DEL CONTRATISTA: LAURA ALEJANDRA SIERRA RINCON				
CC: 1.033.795.110				
CEL 3157636471				

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:	LAURA ALEJANDRA SIERRA RINCON	CC:	1,033,795,110
		RUT (NIT):	1033795110-4
CORREO ELECTRÓNICO:	laurasierra25love@gmail.com	TELÉFONO:	3157636471
DIRECCIÓN DOMICILIO:	KR 13 A 49G 28 SUR	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:	SCOTIABANK COLPATRIA	TIPO DE CUENTA:	AHORROS	Nº CUENTA:	4662052943
NOMBRE DEL BANCO (APLICA CUANDO EL BANCO NO SE ENCUENTRE EN LA LISTA DESPLIEGABLE)					

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

Nº DEL CONTRATO:	PS 3563 2024	Nº CDP:	4011	Nº. RP:	48664	PLAZO DEL CONTRATO INCLUIDAS PRORROGAS: 10 MESES 16 DIAS
FECHA DE INICIO CONTRATO	15/02/2024	FECHA DE TERMINACIÓN CONTRATO:	31/12/2024	TOTAL DEL CONTRATO INCLUIDO ADICIONES: \$ 44,079,001		

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)	\$ 1,042,992
	UN MILLÓN CUARENTA Y DOS MIL NOVECIENTOS NOVENTA Y DOS PESOS

laura Sierra

NOMBRE Y FIRMA DEL CONTRATISTA: LAURA ALEJANDRA SIERRA RINCON

CC: 1,033,795,110
CEL: 3157636471

1,033,795,110

PRESTAR SERVICIOS COMO PROFESIONAL UNIVERSITARIO EN 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

[illegible]

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)

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

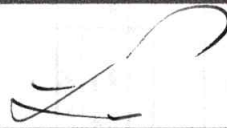
IV. VERIFICACION DE ACTIVIDADES DESARROLLADAS

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 **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:
 YOHNNY LIRIOLA HERNANDEZ GARCIA
 PERFIL:
 PROFESIONAL ESPECIALIZADO REFERENTE DE GESTION

DATOS DEL APORTANTE						
TIPO	NÚMERO	NOMBRE APORTANTE	DIRECCIÓN	TELÉFONO	CORREO	EXONERADO PAGO PARAFISCALES Y SALUD
CC	1033795110	LAURA ALEJANDRA SIERRA RINCON	Cra 13 a#49g28sur	6635906	laurasierra25love@gmail.com	
FORMA PRESENTACIÓN	CLASE APORTANTE	NOMBRE SUCURSAL	CÓDIGO	DEPARTAMENTO	CIUDAD / MUNICIPIO	
ÚNICA	I - Independiente			BOGOTÁ D. C.	BOGOTÁ, D.C.	

DATOS DE LA PLANILLA						
PLANILLA ASOCIADA	FECHA PAGO ASOCIADA (DIA/MES/AÑO)	TIPO PLANILLA	FECHA PAGO (DIA/MES/AÑO)	NÚMERO PLANILLA	CANTIDAD	
					EMPLEADOS	UPC
					1	0
PERIODO SALUD	PERIODO PENSIONES				TOTAL A PAGAR	
2024-11	2024-11	I	06/12/2024	52436664	\$659,900	

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					
EPS005	Sanitas EPS	800251440-6	266.200	0		0		0	2	400	0	266.600	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
230301	Porvenir	800224808-8	340.800	0	0	0	0	2	500	0	341.300	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	51.900				51.900	2	100	52.000			519	52.000	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	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	266.200	266.600
Pensión	1	340.800	341.300
Riesgos Laborales	1	51.900	52.000
CCF	0	0	0
ESAP	0	0	0
ICBF	0	0	0
MEN	0	0	0
SENA	0	0	0
TOTALES	3	658.900	659.900

DATOS DEL APORTANTE						
TIPO	NÚMERO	NOMBRE APORTANTE	DIRECCIÓN	TELÉFONO	CORREO	EXONERADO PAGO PARAFISCALES Y SALUD
CC	1033795110	LAURA ALEJANDRA SIERRA RINCON	Cra 13 a#49g28sur	6635906	laurasierra25love@gmail.com	
FORMA PRESENTACIÓN	CLASE APORTANTE	NOMBRE SUCURSAL	CÓDIGO	DEPARTAMENTO	CIUDAD / MUNICIPIO	
ÚNICA	I – Independiente			BOGOTÁ D. C.	BOGOTÁ D.C.	

DATOS DE LA PLANILLA					
PLANILLA ASOCIADA	FECHA PAGO ASOCIADA (DIA/MES/AÑO)	TIPO PLANILLA	FECHA PAGO (DIA/MES/AÑO)	NÚMERO PLANILLA	CANTIDAD
					EMPLEADOS UPC
					1 0
PERIODO SALUD PERIODO PENSIONES					TOTAL A PAGAR
2024-11	2024-11	I	06/12/2024	82436664	\$659.900

DETALLE POR COTIZANTE																																														
INFORMACIÓN COTIZANTE										INFORMACIÓN NOVEDADES										PENSIÓN				SALUD		RIESGOS LABORALES			CCF			PARAFISCALES														
Id.	Tipo	No. de Identificación	Apellidos y Nombres	Cotizante	Salario	Exempto	Códm. exento	Exemptado	IBS	IBS	IBS	IBS	IBS	IBS	IBS	IBS	IBS	IBS	IBS	IBS	IBS	IBS	Fondo pensional de solidaridad	Fondo pensional de subsistencia	Cód. EPB	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	1033795110	SIERRA RINCON LAURA ALEJANDRA	59	0			N																	230301	2.129.442	340.800	0	0	0	0	EPS005	2.129.442	266.200	14-11	2.129.442	3	51.900		0	0	0	0	0	0	0

PAGADA



PSE Transacción Aprobada - CUS 1104733222 ✓

1 mensaje

<serviciopse@achcolombia.com.co>

Para: laurasierra25love@gmail.com

jue, 5 de dic de 2024 a la hora 9:26 p. m



¡Hola, undefined undefined!

Gracias por utilizar los servicios de NEQUI y PSE. los siguientes son los datos de tu transacción:

Estado de la Transacción: **Aprobada** ✓

CUS: **1104733222**

Empresa: COMPENSAR-OI

Descripción: MiPlanilla.com Pago Proteccion Social

Valor de la Transacción: **\$ 659.900**

Fecha de Transacción: **05/12/2024**

Ten en cuenta estos tips de seguridad

► Digita siempre manualmente la dirección del portal de tu Banco para asegurar que no estas siendo redirigido a un sitio que suplanta a tu Entidad Financiera.

► Utiliza dispositivos de uso personal o confiable para realizar tus pagos.

► Procura cambiar tus contraseñas bancarias frecuentemente.