

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: : Ejecución de actividades dispuestas por el convenio PSPIC de manera oportuna y con la calidad propicia, recorrido, convocatoria y educación en salud. 3. PRODUCTO (EVIDENCIA): : Actas, sesión colectiva
2	1. OBLIGACIÓN: Presentar mensualmente el cronograma de actividades a desarrollar 2. ACTIVIDADES DESARROLLADAS: : Diligenciamiento del cronograma correspondiente al mes de septiembre en el que se consignan las actividades programadas referentes a las acciones establecidas 3. PRODUCTO (EVIDENCIA): Cronograma
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: Desarrollo y presentación oportuna de los soportes que dan cuenta de las acciones ejecutadas en concordancia con los anexos y lineamientos técnicos vigentes correspondientes 3. PRODUCTO (EVIDENCIA): Sesiones colectivas y 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: Apoyo a las actividades sujetas al objeto contractual dentro del marco del Entorno Cuidador Comunitario 3. PRODUCTO (EVIDENCIA): : Sesiones colectivas
5	1. OBLIGACIÓN: Realizar apropiación conceptual desde su perfil técnico 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: Apropiación conceptual de los lineamientos establecidos por Secretaría de Salud para el Entorno Cuidador Comunitario; particularmente la estrategia Cuidado colectivo para el bienestar vigencia 3. PRODUCTO (EVIDENCIA): : Acta
6	1. OBLIGACIÓN: 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: Ejecución de actividades con población de distintos colectivos de manera individual, colectivo y familiar desde el perfil operativo en concordancia a los anexos y lineamientos técnicos. 3. PRODUCTO (EVIDENCIA): : Sesiones colectivas
7	1. OBLIGACIÓN: : Realizar acciones de promoción y prevención de la salud y de saneamiento ambiental a nivel individual, familiar y colectivo, desde su perfil operativo y conforme a los anexos y lineamientos 2. ACTIVIDADES DESARROLLADAS: : Promover en las actividades ejecutadas, promoción y prevención para el cuidado de la salud en los distintos focos poblacionales. 3. PRODUCTO (EVIDENCIA): : Sesiones colectivas
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 espacios comunitarios e institucionales mediante un acercamiento a líderes, líderesas y agentes sociales para el desarrollo de las acciones del Entorno Cuidador Comunitario, PSPIC 3. PRODUCTO (EVIDENCIA): Sesiones colectivas
9	1. OBLIGACIÓN: Organizar el archivo de la documentación generada de acuerdo a la normatividad y tabla de retención documental 2. ACTIVIDADES DESARROLLADAS: Apoyo para la gestión documental de los archivos y soportes realizados en las actividades ejecutadas. 3. PRODUCTO (EVIDENCIA): : Sesiones colectivas
10	1. OBLIGACIÓN: Realizar las demás obligaciones que se relacionen con el objeto del contrato y que sean requeridas por la supervisión. Contendidas en el formato de necesidad de personal que hace parte integral del presente contrato 2. ACTIVIDADES DESARROLLADAS: Participar en las actividades programadas por la supervisión inmediata según requerimientos operativos participación del entorno y direccionamiento técnico. 3. PRODUCTO (EVIDENCIA): Sesiones colectivas

V. INFORMACIÓN DE APORTES A SEGURIDAD SOCIAL

No. DE PLANILLA:	82440116	OPERADOR:	MI PLANILLA
CONCEPTO DEL PAGO	ENTIDAD	FECHA DE PAGO	VALOR PAGADO
SALUD:	SANITAS	10/12/2024	\$ 162,500
PENSIÓN:	COLPENSIONES	10/12/2024	\$ 208,000
RIESGOS LABORALES:	SURA	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 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



NOMBRE Y FIRMA DEL CONTRATISTA: MARIA SOFIA RAMIREZ GUARIN
CC: 1.013.111.334
CEL: 3165741514

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)

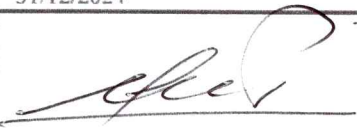

Nº DE PÓLIZA:	N/A	NOMBRE DE LA ASEGURADORA:	N/A
FECHA DE LA PÓLIZA	N/A	ACTO ADMINISTRATIVO DE APROBACIÓN:	N/A

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 DEL APORTANTE						
TIPO	NÚMERO	NOMBRE APORTANTE		DIRECCIÓN	TELÉFONO	CORREO
CC	1013111334	MARIA SOFIA RAMIREZ GUARIN		Cra 6 #38 - 66	9014314	msofia_rg06@gmail.com
FORMA PRESENTACIÓN	CLASE APORTANTE	NOMBRE SUCURSAL	CÓDIGO	DEPARTAMENTO	CIUDAD / MUNICIPIO	
UNICA	I - Independiente			CUNDINAMARCA	SOACHA	

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	10/12/2024	82440116	\$402,700	

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	162.500	0		0		0	1	200	0	162.700	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	208.000	0	0	0	0	1	200	0	208.200	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	31.700				31.700	1	100	31.800			317	31.800	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	1	0	0	0
ICBF				
0	1	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	162.500	162.700
Pensión	1	208.000	208.200
Riesgos Laborales	1	31.700	31.800
CCF	0	0	0
ESAP	0	0	0
ICBF	0	0	0
MEN	0	0	0
SENA	0	0	0
TOTALES	3	402.200	402.700

Pago PSE

Transacción de Pago

Código único CUS

1115859096

Destino de pago

COMPENSAR-OI

Motivo

MiPlanilla.com Pago Proteccion Social

Fecha

10/12/2024

Número de aprobación

00859096

Dirección IP

186.102.34.68

Valor transacción

\$ 402.700,00

Costo de la transacción

\$ 0,00 IVA incluido

Referencia 1

Referencia 2

CC

Referencia 3

1013111334

Act
3e3