

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

GUIHOMAR LILIANA SUSANA DUQUE

NÚMERO DE DOCUMENTO DE IDENTIDAD:

1,023,889,500

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 3368 2025

FECHA INICIO CONTRATO

01/01/2025

VALOR INICIAL DEL CONTRATO

\$ 9,226,128

**PLAZO
INICIAL DEL
CONTRATO**

SEIS (6) MESES

**VALOR TOTAL DEL CONTRATO
INCLUIDO ADICIONES:**

\$ 9,226,128

VALOR DE HONORARIOS PERÍODO A CERTIFICAR:

\$ 1,537,688

N° DE INFORME:

2

Nº CRP:

5166

N° CDP:

5

**PLAZO TOTAL DEL CONTRATO
INCLUIDO PRORROGAS**

SEIS MESES

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 entre el FDS y la Subred. 2. ACTIVIDADES DESARROLLADAS: * Se asistió puntualmente a los SPACios de Cuidado * Se realizó la convocatoria de los usuarios participantes para las acciones del producto del mes de febrero. 3. PRODUCTO (EVIDENCIA): * Actas de Convocatoria con población LGBTI-ASP * 5 Actas de Convocatoria en Jornadas de SPACios de Cuidado * 20 Actas de Concertación * 4 Acompañamientos en Jornadas de Identificación del Riesgo
2	1. OBLIGACIÓN: Presentar mensualmente el cronograma de actividades a desarrollar. 2. ACTIVIDADES DESARROLLADAS: * Se elaboró el cronograma de actividades para el mes de febrero. * Se realizaron los ajustes correspondientes al cronograma con una periodicidad semanal. 3. PRODUCTO (EVIDENCIA): * Un archivo en Excel con el cronograma para el mes de febrero con los ajustes correspondientes * Una imagen semanal de los ajustes realizados al 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: *Se entregaron los formatos correspondientes a las acciones propias del producto del mes de Febrero. *Se entregaron las actas del desarrollo de los encuentros comunitarios correspondientes al mes de febrero. 3. PRODUCTO (EVIDENCIA): * Actas de Convocatoria para población LGBTI-ASP * 25 Actas de Concertación
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: *Se realizaron los ajustes pertinentes a los formatos entregados al mes de febrero. *En la reunión de direccionamiento técnico se reviso lineamiento, ficha tecnica del lineamiento y plan de acción a llevar a cabo. 3. PRODUCTO (EVIDENCIA): *Formato entregados por GESI para ajustes correspondientes al mes de Enero *Acta de reunión de direccionamiento técnico en el mes de febrero.
5	1. OBLIGACIÓN: Realizar la identificación y enganche de la población que se encuentren en el contexto donde desarrolla sus actividades, de acuerdo a los lineamientos técnicos de los entornos y procesos transversales del convenio Interadministrativo PSPIC 2. ACTIVIDADES DESARROLLADAS: * Se realizo la correspondiente convocatoria y enganche de la población abordada de acuerdo a las acciones del producto. * Se realizo la correspondiente identificación del espacio donde se realizó las acciones teniendo presente las características del producto. 3. PRODUCTO (EVIDENCIA): * 5 Listados de Convocatoria * 25 Actas de Concertación
6	1. OBLIGACIÓN: Organizar el archivo de la documentación generada de acuerdo a la normatividad y tabla de retención documental. 2. ACTIVIDADES DESARROLLADAS: * Se archivó los documentos * Se ubicaron las carpetas en cajas debidamente rotuladas y organizadas conforme a la normatividad y a la tabla de retención documental. 3. PRODUCTO (EVIDENCIA): * 3 Carpeta de Fichas SPacios de Bienestar * 2 Carpeta de Formato 2 * 1 Carpeta de Concertaciones y Convocatorias * 1 Caja con las Carpetas Correspondientes
7	1. OBLIGACIÓN: Dar cumplimiento a las actividades de los procesos TRANSVERSALES del PSPIC, de acuerdo a su competencia: CANALIZACIONES, PAI, Educación para la Salud Publica, GESI, ACCVSYE, Notificación de EISP y Participación Social 2. ACTIVIDADES DESARROLLADAS: * Garantizar la información con calidad de los usuarios que requieren ser canalizados, a los equipos de profesionales que realizan los procesos de canalización a servicios sociales y de salud. 3. PRODUCTO (EVIDENCIA): * Canalizaciones para las jornadas de SPacios de Cuidado de acuerdo a las necesidades de la población atendida.
8	1. OBLIGACIÓN: El contratista se obliga a que las glosas que se generen por incumplimiento de las obligaciones contractuales y de acuerdo a los hallazgos que identifique el equipo de seguimiento y/o interventoría del FFDS SDS al Convenio Interadministrativo PSPIC (conforme al anexo de CRITERIOS DE GLOSA), serán causal de inicio de apertura de procedimiento administrativo sancionatorio de incumplimiento contractual. 2. ACTIVIDADES DESARROLLADAS: Se garantizo la adecuada ejecución de las actividades en el desarrollo del grupo poblacional que me fue asignado, aportando los productos que se establecieron en el lineamiento de SPacios de Bienestar y que me fueron socializados de forma oportuna. Además, me Sersiore que la información consignada en actas y en formatos quedo registrada con completitud y calidad. 3. PRODUCTO (EVIDENCIA): * 25 Actas de Concertación * 5 actas de convocatoria población LGBTI-ASP
9	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: *Registro fotografico de las acciones realizadas en los SPacios de Bienestar * Participación en Jornadas de SPacios de Cuidado acorde al perfil 3. PRODUCTO (EVIDENCIA): * Registro fotografico. * 4 Asistencias a Jornadas de SPacios de Cuidado * 4 Actas de Convocatoria en Jornadas de SPacios de Cuidado * 4 Listados de CONvocatoria en Jornadas de SPacios de Cuidado"

V. INFORMACIÓN DE APORTES A SEGURIDAD SOCIAL

No. DE PLANILLA:	83517694	OPERADOR:	MI PLANILLA
CONCEPTO DEL PAGO	ENTIDAD	FECHA DE PAGO	VALOR PAGADO
SALUD:	CAPITAL SALUD	13/02/2025	\$ 178,000
PENSIÓN:	COLFONDOS	13/02/2025	\$ 227,000
RIESGOS LABORALES:	POSITIVA	13/02/2025	\$ 34,700
OTRO			
TOTAL PAGADO			\$ 440,500

VI. DECLARACIONES DEL CONTRATISTA

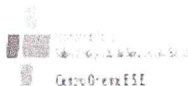
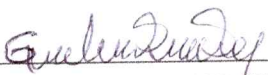
- 1.- Que desarrollé las actividades descritas en el informe anexo, dentro del periodo de cobro.
- 2.- Que realicé el pago de la Seguridad Social donde el IBC se calculó sobre el 40% de los ingresos cancelados del mes anterior pago del cual anexo copia simple, sin que en ningún caso el IBC sea menor 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: GUIHOMAR LILIANA SUSA DUQUE
CC: 1,023,889,500
3058749297

 SUBREDINTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E APOYO - GESTION DE CONTRATACION FORMATO CUENTA DE COBRO CONTRATO DE PRESTACION 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: 28/02/2025							
NOMBRES Y APELLIDOS:		GUIHOMAR LILIANA SUSA DUQUE			CC:		1,023,889,500
					RUT (NTI):		1023889500-1
CORREO ELECTRÓNICO:		susi282020@gmail.com			TELÉFONO:		3058749297
DIRECCIÓN DOMICILIO:		CL 11 SUR 06 2			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		TIPO DE CUENTA: AHORROS		N° CUENTA: 488448609914	
NOMBRE DEL BANCO (APLICA CUANDO EL BANCO NO SE ENCUENTRE EN LA LISTA DESPLEGABLE)							
NÚMERO DEL CONTRATO Y DATOS DE LA ÚLTIMA ADICIÓN (PERIODO OBJETO DE PAGO)							
N° DEL CONTRATO:		PS 3368 2025	N° CDP:	5	N°. RP:	5166	PLAZO DEL CONTRATO INCLUIDAS PRORROGAS: SEIS MESES
FECHA DE INICIO CONTRATO		01/01/2025	FECHA DE TERMINACIÓN CONTRATO:		30/06/2025		TOTAL DEL CONTRATO INCLUIDO ADICIONES: \$ 9,226,128
PERIODO OBJETO DE COBRO:		DEL 01/02/2025 AL 28/02/2025					
VALOR A PAGAR CORRESPONDIENTE AL PERIODO OBJETO DE COBRO EN (LETRAS Y NUMEROS)		\$ 1,537,688					
		UN MILLÓN QUINIENTOS TREINTA Y SIETE MIL SEISCIENTOS OCHENTA Y OCHO PESOS					
 NOMBRE Y FIRMA DEL CONTRATISTA: GUIHOMAR LILIANA SUSA DUQUE CC: 1,023,889,500 CEL: 3058749297							

1,023,889,500

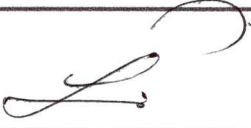
IV. VERIFICACION DE ACTIVIDADES DESARROLLADAS

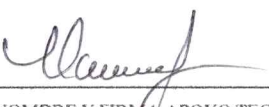
SE VERIFICA QUE HA CUMPLIDO CON LAS ACTIVIDADES ASIGNADAS DURANTE EL MES O PERIODO LABORADO Y SE APRUEBA PARA EL PAGO RESPECTIVO.

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 01/02/2025 al 28/02/2025

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	1023889500	GUIHOMAR LILIANA SUSA DUQUE		cil 11 sur # 06-2	8197709	susi282020@gmail.com
FORMA PRESENTACIÓN	CLASE APORTANTE	NOMBRE SUCURSAL	CÓDIGO	DEPARTAMENTO	CIUDAD / MUNICIPIO	
ÚNICA	I - Independiente			BOGOTÁ D. C.	BOGOTÁ D. C.	
EXONERADO PAGO PARAFISCALES Y SALUD						NO

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
2025-01	2025-01	I	13/02/2025	83517694	\$443.300

TOTALES POR SUBSISTEMAS

TOTALES SALUD													
Código EPS	Nombre	NIT	Cotización Obligatoria	UPC Adicional	Incapacidades		Licencia Maternidad		Días Mora	Valor Mora	Valor Mora UPC	Total a Pagar	No. Afiliados
					No. Autorización	Valor	No. Autorización	Valor		Cotización			
EPSC34	Recaudo SGP Capital Salud	900298372-9	178.000	0		0		0	9	1.100	0	179.100	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
231001	Colfondos	800227940-6	227.800	0	0	0	0	9	1.400	0	229.200	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. Autorización	Valor									
14-23	Positiva Seguros	860011153-6	34.700				34.700	9	300	35.000		347		35.000

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	9	0	0	0
ICBF				
0	9	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	178.000	179.100
Pensión	1	227.800	229.200
Riesgos Laborales	1	34.700	35.000
CCF	0	0	0
ESAP	0	0	0
ICBF	0	0	0
MEN	0	0	0
SENA	0	0	0
TOTALES	3	440.500	443.300

PLANILLA INTEGRADA DE AUTOLIQUIDACION DE APORTES

PAG 2 de 2

DATOS DEL APORTANTE						
TIPO	NÚMERO	NOMBRE APORTANTE		DIRECCIÓN	TELÉFONO	CORREO
CC	1023889500	GUIHOMAR LILIANA SUSANA DUQUE		c/ll 11 sur # 06-2	8197709	susi282020@gmail.com
FORMA PRESENTACIÓN	CLASE APORTANTE	NOMBRE SUCURSAL	CÓDIGO	DEPARTAMENTO	CIUDAD / MUNICIPIO	
UNICA	I - Independiente			BOGOTÁ D.C.	BOGOTÁ D.C.	
						EXONERADO PAGO PARAFISCALES Y SALUD
						NO

DATOS DE LA PLANILLA						
PLANILLA ASOCIADA	FECHA PAGO ASOCIADA (DIA/MES/AÑO)	TIPO PLANILLA	FECHA PAGO (DIA/MES/AÑO)	NÚMERO PLANILLA	CANTIDAD	
					EMPLEADOS	UPC
PERIODO SALUD	PERIODO PENSIONES				1	0
TOTAL A PAGAR						
2025-01	2025-01	I	13/02/2025	83517694	\$443,300	

DETALLE POR COTIZANTE

INFORMACIÓN COTIZANTE				INFORMACIÓN NOVEDADES												PENSION						SALUD			RIESGOS LABORALES				CCF			PARAFISCALES													
No.	Tipo	Mo. de Identificación	Apellidos y Nombres	Calendario	Seguro	Excepciones	Calendario	Excepciones	Calendario	Excepciones	Calendario	Excepciones	Calendario	Excepciones	Calendario	Excepciones	Calendario	Excepciones	Calendario	Excepciones	Calendario	Excepciones	Cód. APP	IBC APP	Cotización	Voluntario o Afiliado	Voluntario Aportante	Fondo pensional de solidaridad	Fondo pensional de subsistencia	Cód. EPS	IBC EPS	Cotización / Valor UPC	Cód. ARL	IBC ARL	Clase de Riesgo	Cotización	Código CCF	IBC CCF	Aportes CCF	IBC otros parafiscales	Aporte SENA	Aporte ICBF	Aporte ESAP	Aporte MEN	
1	CC	1023889500	SUSA DUEÑE GUIHOMAR LILIANA	57	0		N																231001	1.423.500	227.900	0	0	0	0	EPSC34	1.423.500	178.090	14-23	1.423.500	3	34.700		0	0	0	0	0	0	0	0

PAGADA

Pago PSE

Resultado de su transacción

Código único CUS

1263117792

Destino de pago

COMPENSAR-OI ✓

Motivo

MiPlanilla.com Pago Proteccion Social

Fecha

12/02/2025 ✓

Número de aprobación

00117792

Dirección IP

181.78.78.235

Valor transacción

\$ 443.300,00 ✓

Costo de la transacción

\$ 0,00 IVA incluido

Referencia 1

Referencia 2

CC

Referencia 3

1023889500 ✓