

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

KIMBERLY JOHANA MENDOZA HERRERA

CON CC: N°

1.023.952.117

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 4627 2025

FECHA INICIO CONTRATO

09/02/2025

VALOR INICIAL DEL CONTRATO

\$ 22.142.707

No. HORAS
EJECUTADAS

160

VALOR TOTAL DEL CONTRATO
INCLUIDO ADICIONES:

\$ 32.847.982

VALOR DE HONORARIOS PERÍODO A
CERTIFICAR:

\$ 4.140.960

PLAZO TOTAL DEL CONTRATO
INCLUIDO PRORROGAS

6 MESES 22 DIAS

UNIDAD FUNCIONAL EJECUCIÓN DE ACTIVIDADES:

GSP PSPIC - MACRO, MESO Y MICRO
SA2 SEDE ADMINISTRATIVA SAN JOSE OBRERO

NOMBRE DEL SUPERVISOR:

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

II. 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)

ITEM	II. 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: Seguimiento a la planeacion de actividades del PAI, desarrollo del plan de trabajo semanal segun la tactiva, desarrollo del comite asistencia tecnica al equipo extramural, seguimientos a las tactivas, validacion de la calidad del kardex diario, participar en las unidades de analisis de los EAPV, seguimiento y fortalecimiento tecnico en las diferentes tactivas, seguimiento a la gestion de las bases de la cohorte, realizar seguimiento a los ingresos de las dosis en el aplicativo PAI, fortalecimiento con actores y sectores en las diferentes modalidades. 3. PRODUCTO (EVIDENCIA): Plan de accion de actividades, Acta y listado de asistencia, desarrollo de instrumento evaluativo, Kardex, listas de chequeo, Acta y descarga del periodo revisado, planeacion de los actores y sectores.
2	1. OBLIGACIÓN: Presentar mensualmente el cronograma de actividades a desarrollar. 2. ACTIVIDADES DESARROLLADAS: Entrega de cronograma mensual de las actividades implementadas del mes en curso 3. PRODUCTO (EVIDENCIA): Cronograma de actividades implementadas
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: Informacion requerida por la SDS sobre el desarrollo del plan de trabajo semanal segun la tactiva, desarrollo del comite asistencia tecnica al equipo extramural, reuniones. 3. PRODUCTO (EVIDENCIA): Acta y Fimar de asistencia de la reunion
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: Desarrollo del comite asistencia tecnica al equipo extramural correspondiente al mes en curso 3. PRODUCTO (EVIDENCIA): Acta y Fimar de asistencia de la reunion
5	1. OBLIGACIÓN: Cumplir con la meta, actividades y/o productos programados y asignados con la calidad de datos (integridad, oportunidad, consistencias, exactitud) desde su perfil profesional y conforme a los anexos y lineamientos técnicos que hagan parte de la relación contractual entre el FDS y la Subred. 2. ACTIVIDADES DESARROLLADAS: seguimientos a las diferentes tactivas, validacion de la calidad del kardex diario, seguimiento y fortalecimiento tecnico en las diferentes tactivas de la modalidad extramural, seguimiento a la gestion de las bases de la cohorte, realizar seguimiento a los ingresos de las dosis en el aplicativo PAI, fortalecimiento con actores y sectores en las diferentes modalidades 3. PRODUCTO (EVIDENCIA): Ejecucion de Planeacion segun la tactiva , Acta y listado de asistencia, desarrollo de instrumento evaluativo, Firma de asistencia.
6	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: socializacion y apropiacion del lineamiento del contrato en curso 3. PRODUCTO (EVIDENCIA): Firma de Asistencia
7	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: Asistencia tecnica al equipo extramural durante el mes en curso 3. PRODUCTO (EVIDENCIA): Acta y listado de asistencia, planeacion de los actores y sectores.
8	1. OBLIGACIÓN: Implementar las estrategias necesarias para la búsqueda de la población susceptible de vacunación y el logro de coberturas útiles. 2. ACTIVIDADES DESARROLLADAS: Identificacion de poblacion susceptible de vacunacion 3. PRODUCTO (EVIDENCIA): Programacion diaria de equipo extramural
9	1. OBLIGACIÓN: Gestionar la entrega de distribución de biológico y consolidación de informes mensuales de movimientos de biológicos del proceso de PAI. 2. ACTIVIDADES DESARROLLADAS: Apoyo a la distribucion de biologico y seguimientos a las diferentes tactivas, validacion de la calidad del kardex diario. 3. PRODUCTO (EVIDENCIA): kardex Diario e informe mensual
10	1. OBLIGACIÓN: Organizar el archivo de la documentación generada de acuerdo a la normatividad y tabla de retención documental. 2. ACTIVIDADES DESARROLLADAS: Proceso de gestion documental para avance de archivo correspondiente 3. PRODUCTO (EVIDENCIA): FUID, unidad de conservacion actualizada
11	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: Realizar acciones y actividades solicitadas 3. PRODUCTO (EVIDENCIA): canalizaciones

12	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: Durante el mes correspondiente no se ejecutaron actividades correspondiente a esta actividad 3. PRODUCTO (EVIDENCIA): Durante el mes correspondiente no se ejecutaron actividades correspondiente a esta actividad
13	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 solicitadas 3. PRODUCTO (EVIDENCIA): Formato de asistencia, Actas.

III. 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 **01/08/2025** al **31/08/2025**

IV. INFORMACIÓN DE APORTES A SEGURIDAD SOCIAL

No. DE PLANILLA:	89037440	OPERADOR:	MI PLANILLA
CONCEPTO DEL PAGO	ENTIDAD	FECHA DE PAGO	VALOR PAGADO
SALUD:	SURA	15/08/2025	\$ 238.200
PENSIÓN:	PORVENIR	15/08/2025	\$ 304.800
RIESGOS LABORALES:	SURA	15/08/2025	\$ 46.500
OTRO			
TOTAL PAGADO			\$ 589.500

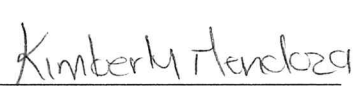

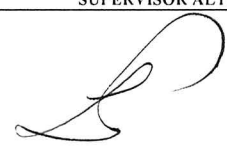
V. DECLARACIONES DEL CONTRATISTA

- 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.

VI. ANEXOS

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

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

NOMBRE Y FIRMA DEL CONTRATISTA	 KIMBERLY JOHANA MENDOZA HERRERA CC: 1023952117
FIRMA DE QUIEN VALIDA	 LUZ CONSUELO PINEDA DUEÑEZ SUPERVISOR ALTERNO
FIRMA DE QUIEN CONVALIDA EL CUMPLIMIENTO DE LAS OBLIGACIONES PARA EL PRESENTE PERIODO DE PAGO:	 LIDA ESPERANZA MONTENEGRO PARRA SUPERVISOR DEL CONTRATO



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: 7
FECHA: 2025-06-09

DATOS DEL CONTRATISTA

FECHA DE DILIGENCIAMIENTO: 31/08/2025

NOMBRES Y APELLIDOS:	KIMBERLY JOHANA MENDOZA HERRERA	CC:	1.023.952.117
CORREO ELECTRÓNICO:	kimmendoza2225@gmail.com	TELÉFONO:	3112575602
DIRECCIÓN DOMICILIO:	CL 38 SUR 3B 83 ESTE	CIUDAD:	BOGOTÁ

Manifiesto bajo la gravedad del juramento

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 ITAÚ	TIPO DE CUENTA:	AHORROS	Nº CUENTA:	765054760
--------------------------	------------	-----------------	---------	------------	-----------

DATOS DEL PERIODO OBJETO DE PAGO

Nº DEL CONTRATO:	PS 4627 2025	VALOR CORRESPONDIENTE AL PERIODO OBJETO DE COBRO	\$ 4.140.960
FECHA DE INICIO CONTRATO	09/02/2025	FECHA DE TERMINACIÓN CONTRATO:	31/08/2025
PERIODO OBJETO DE COBRO:	1/08/2025	AL	31/08/2025

Kimberly Mendoza

NOMBRE Y FIRMA DEL CONTRATISTA: KIMBERLY JOHANA MENDOZA HERRERA

CC: 1.023.952.117

CEL: 3112575602

DATOS DEL APORTANTE						
TIPO	NÚMERO	NOMBRE APORTANTE		DIRECCIÓN	TELÉFONO	CORREO
CC	1023952117	KIMBERLY JOHANA MENDOZA HERRERA		CL 38 SUR # 3 B 83 ESTE	3112575602	kimmendoza2225@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	
2025-07	2025-07	I	15/08/2025	89037440	\$593.000	

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					
EPS010	EPS Sura	800088702-2	238.200	0		0		0	9	1.400	0	239.600	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	304.800	0	0	0	0	9	1.800	0	306.600	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	46.500				46.500	9	300	46.800			465	46.800	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	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	238.200	239.600
Pensión	1	304.800	306.600
Riesgos Laborales	1	46.500	46.800
CCF	0	0	0
ESAP	0	0	0
ICBF	0	0	0
MEN	0	0	0
SENA	0	0	0
TOTALES	3	589.500	593.000

DATOS DEL APORTANTE					
TIPO	NÚMERO	NOMBRE APORTANTE	DIRECCIÓN	TELÉFONO	CORREO
CC	1023952117	KIMBERLY JOHANA MENDOZA HERRERA	CL 38 SUR # 3 B 83 ESTE	3112575602	kimmendoza2225@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				
2025-07	2025-07	5593.000				

DETALLE POR COTIZANTE

INFORMACIÓN COTIZANTE				INFORMACIÓN NOVEDADES														PENSIÓN				SALUD			RIESGOS LABORALES			CCF			PARAFISCALES															
No.	Tipo	No. de Identificación	Apellidos y Nombres	Convenio	Subtipo	Extemporaneo	Com. anterior	Exonerado	ING	RET	TDE	PAE	TUP	VOP	VST	SLN	IRE	LMA	VAC	AVP	VCT	IRL	CONEXION	Cód. AFP	IBC AFP	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	Aporte CCF	IBC otros parafiscales	Aporte SENA	Aporte ICBF	Aporte ESAP	Aporte MEN	
1	CC	1023952117	MENDOZA HERRERA KIMBERLY JOHANA	59	0		N																	230301	1.904.841	304.800	0	0	0	0	EPS010	1.904.841	238.200	14-11	1.904.841	3	46.500		0	0	0	0	0	0	0	0

PAGADA



PSE - Transacción Aprobada **CUS 1703088971**

1 mensaje

<serviciopse@achcolombia.com.co>
Para: kimmendoza2225@gmail.com

vie, 15 ago 2025 a la hora 10:44 a. m.



¡Hola, Kimberly Mendoza!

Estado de la Transacción: **Aprobada**

Los siguientes son los datos de tu transacción:

Valor: \$ 593.000

Empresa: COMPENSAR-OI

Descripción: MiPlanilla.com Pago Proteccion Social

Fecha de la transacción: 15/08/2025

CUS: 1703088971

Gracias por utilizar nuestro servicio.



Ten en cuenta estos tips de seguridad:



Usa dispositivos personales o de confianza para realizar tus pagos.



No abras enlaces sospechosos.



Cambia tus contraseñas con regularidad.



Digita manualmente la URL del portal de tu entidad financiera.



Recuerda que PSE nunca te contactará para solicitarte información personal.