

		SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E APOYO – GESTION DE CONTRATACIÓN FORMATO INFORME DE EJECUCIÓN DE ACTIVIDADES DEL CONTRATO DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS Y DE APOYO A LA GESTIÓN		CÓDIGO: AP-IA-FT-077 VERSIÓN: 2 FECHA: 2025-06-09	
CELEBRADO ENTRE LA SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E Y					
NUVIA DIAZ LEON					
CON CC: N°			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 No.		PS 3356 2025		FECHA INICIO CONTRATO	
				02/01/2025	
VALOR INICIAL DEL CONTRATO		\$ 9.226.128		No. HORAS EJECUTADAS	
				184	
VALOR TOTAL DEL CONTRATO INCLUIDO ADICIONES:		\$ 14.467.440		VALOR DE HONORARIOS PERÍODO A CERTIFICAR:	
				\$ 1.587.368	
PLAZO TOTAL DEL CONTRATO INCLUIDO PROROGAS		7 MESES 29 DIAS			
UNIDAD FUNCIONAL EJECUCIÓN DE ACTIVIDADES:			GSP PSPIC - COMUNITARIO SA2 SEDE ADMINISTRATIVA SAN JOSE OBRERO		
NOMBRE DEL SUPERVISOR:			LIDA ESPERANZA MONTENEGRO PARRA PROFESIONAL ESPECIALIZADO ÁREA DE LA SALUD CÓDIGO 242 GRADO 30		
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: Realizar las actividades del producto Producto 42: Dispositivos comunitarios para el cuidado colectivo para el bienestar Implementación de las sesiones grupales en Rehabilitación Basada en comunidad RBC. 3. PRODUCTO (EVIDENCIA): Listados de sesiones colectivas, actas de desarrollo, diarios de campo				
2	1. OBLIGACIÓN: Presentar mensualmente el cronograma de actividades a desarrollar 2. ACTIVIDADES DESARROLLADAS: Proyección y ejecución del cronograma de actividades del mes de agosto 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: Presentación de soportes diarios de campo, sesiones colectiva y actas de desarrollo, cumplimiento de fichas técnicas de comunicación incluyente del agente de cambio 3. PRODUCTO (EVIDENCIA): Actas y matrices				
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 apoyan las actividades que están sujetas al objeto contractual, conforme a su vez a las actividades transversales del rol de gestión comunitaria o agente de cambio 3. PRODUCTO (EVIDENCIA): Actas y matrices				
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: Actas de apropiación conceptual abordando la totalidad del lineamiento, la estrategia y sus anexos, así como el reconocimiento de líderes, entidades y actores clave en territorio para realizar la convocatoria y demanda inducida con la comunidad para las actividades implementadas en el producto 42 dispositivos comunitarios 3. PRODUCTO (EVIDENCIA): Actas y Matrices				
6	1. OBLIGACIÓN: Organizar el archivo de la documentación generada de acuerdo a la normatividad y tabla de retención documental. 2. ACTIVIDADES DESARROLLADAS: Realizar las jornadas de archivo programadas por el entorno con la oportunidad y calidad requerida 3. PRODUCTO (EVIDENCIA): Actas y matrices				
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 Pública, GESI, ACCVSE, Notificación de EISP y Participación Social. 2. ACTIVIDADES DESARROLLADAS: Se apoyan las actividades que están sujetas al objeto contractual, a través de las actividades de articulación y enganche dispuestas en la estrategia de comunicación incluyente de agente de cambio 3. PRODUCTO (EVIDENCIA): Actas y matrices				
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 apoyan las actividades que están sujetas al objeto contractual, conforme a su vez a las actividades transversales del rol de gestión comunitaria o agente de cambio, realizando soportes con calidad y oportunidad así como recibiendo la retroalimentación correspondiente del profesional de apoyo durante las actividades de revisión y preauditoría durante el mes 3. PRODUCTO (EVIDENCIA): actas de preauditoría entrega de actas y matrices diarios de campo				
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: Se apoyan las actividades que están sujetas al objeto contractual, a través de las actividades de articulación y enganche dispuestas en la estrategia de comunicación incluyente de agente de cambio 3. PRODUCTO (EVIDENCIA): actas y matrices				
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:	1074045823	OPERADOR:	SIMPLE
CONCEPTO DEL PAGO	ENTIDAD	FECHA DE PAGO	VALOR PAGADO
SALUD:	SALUD TOTAL	14/08/2025	\$ 178.000
PENSIÓN:	PORVENIR	14/08/2025	\$ 227.800
RIESGOS LABORALES:	SURA	14/08/2025	\$ 34.700
OTRO	CCF COMPENSAR	14/08/2025	\$ 28.500
TOTAL PAGADO			\$ 469.000

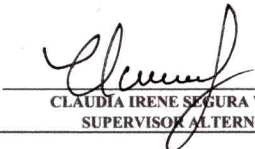
V. DECLARACIONES DEL CONTRATISTA

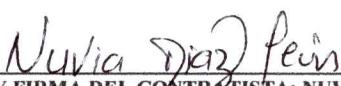
- 1.- Que desarrollé las actividades descritas en el informe anexo, dentro del período de cobro.
- 2.- Que realicé el pago de la Seguridad Social donde el IBC se calculó sobre el 40% de los ingresos cancelados del mes anterior pago del cual anexo copia simple, sin que en ningún caso el IBC sea menor 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	 NUVIA DIAZ LEON CC: 52028140
FIRMA DE QUIEN VALIDA	 CLAUDIA IRENE SEGURA VERA SUPERVISOR ALTERNO
FIRMA DE QUIEN CONVALIDA EL CUMPLIMIENTO DE LAS OBLIGACIONES PARA EL PRESENTE PERIODO DE PAGO:	 LIDA ESPERANZA MONTENEGRO PARRA SUPERVISOR DEL CONTRATO

 Ministerio de Salud Subred Integrada de Servicios de Salud Centro Oriente E.S.E.	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:	NUVIA DIAZ LEON	CC: 52.028.140
CORREO ELECTRÓNICO:	nuviadile@gmail.com	TELÉFONO: 3203076473
DIRECCIÓN DOMICILIO:	CL 114 A SUR 8B 2 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 DAVIVIENDA	TIPO DE CUENTA: AHORROS Nº CUENTA: 004870342310
DATOS DEL PERIODO OBJETO DE PAGO		
Nº DEL CONTRATO:	PS 3356 2025	VALOR CORRESPONDIENTE AL PERIODO OBJETO DE COBRO \$ 1.587.368
FECHA DE INICIO CONTRATO	02/01/2025	FECHA DE TERMINACIÓN CONTRATO: 31/08/2025
PERIODO OBJETO DE COBRO:	1/08/2025 AL 31/08/2025	
<div> NOMBRE Y FIRMA DEL CONTRATISTA: NUVIA DIAZ LEON CC: 52.028.140 CEL: 3203076473</div>		

Simple

PAGOSIMPLE |

AUTOLIQUIDACION
CONSOLIDADA

Fecha creación reporte: 2025-08-15, 05:05:29 AM

Tipo Planilla:

I: PLANILLA INDEPENDIENTES

Número Planilla:

1074045823

Periodo Cotización:

julio de 2025

Periodo Servicio:

julio de 2025

PAGADO 14/08/2025 EN HORARIO EXTENDIDO

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 del Afiliado				Novedades										Pensiones			Salud			Riesgos			Cajas			Parafiscales				Total									
Identificación	Apellidos y Nombres	Tipo Cotizante	Subtipo Cotizante	ING	RET P	TAE	TDP	TAP	VSP	CDR	VST	SLM	IGE	LMA	VAC	AVP	VCT	IRP	Días AFP	Días EPS	Días ARP	Días 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	00																0	30	30	30	(230301) PORVENIR	\$ 1.423.500	\$ 227.800	(EPS002) SALUD TOTAL EPS	\$ 1.423.500	\$ 178.000	2.436	\$ 1.423.500	\$ 34.700	(CCF24) COMPENSAR CCF	\$ 1.423.500	\$ 28.500	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 469.000

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) EPS	Incapacidades ARP	SUBTOTAL SIN INTERESES DE MORA	TOTAL INTERESES DE MORA	TOTAL FINAL
\$ 1.423.500	\$ 1.423.500	\$ 1.423.500	\$ 1.423.500	\$ 227.800	\$ 178.000	\$ 34.700	\$ 28.500	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 469.000	\$ 1.100	\$ 470.100



DAVIVIENDA

BANCO DAVIVIENDA S.A.

CERTIFICA:

Que **NUVIA DIAZ LEON**, quien se identifica con **Cédula de ciudadanía No. 52028140** y es titular de la cuenta terminada en ****2310** , realizó el siguiente pago a través de :

Fecha del pago	Valor	Destino	Factura - Referencia	Número de Autorización
14/08/2025 ✓	\$ 470.100,00 ✓	SIMPLE OI	1702147702 ✓	02147702

Se expide en Bogotá, el 15-08-2025.

Atentamente,

BANCO DAVIVIENDA S.A.

Banco Davivienda S.A.