Secretaría 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 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: Nº	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:	$ 17.262.588		**VALOR DE HONORARIOS PERÍODO A CERTIFICAR:**	$ 1.587.368
PLAZO TOTAL DEL CONTRATO INCLUIDO PRORROGAS	8 MESES 28 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 especificas 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 septiembre 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: Presentacion de soportes diarios de campo, sesiones colectiva y actas de desarrollo, cumplimiento de fichas tecnicas de comunciacion 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 estan sujetas al objeto contractual, conforme a su vez a las actividades trasnversarles del rol de gestion 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. asi como el reconocimiento de lideres, 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 Publica, GESI, ACCVSyE, Notificación de EISP y Participación Social. 2. ACTIVIDADES DESARROLLADAS: Se apoyan las actividades que estan sujetas al objeto contractual, a traves de las actividades de articulacion y enganche dispuestas en la estrategia de comjunicacion 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 interventoria 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 estan sujetas al objeto contractual, conforme a su vez a las actividades trasnversarles del rol de gestion comunitaria o agente de cambio, realizando soportes con calidad y oportunidad asi como recibiendo la retroalimentacion correspondiente del profesional de apoyo durante las actividades de revision y preauditoria durante el mes 3. PRODUCTO (EVIDENCIA): actas de preauditoria 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 estan sujetas al objeto contractual, a traves de las actividades de articulacion y enganche dispuestas en la estrategia de comjunicacion 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 01/09/2025 al 30/09/2025

IV. INFORMACIÓN DE APORTES A SEGURIDAD SOCIAL

No. DE PLANILLA:	1074895161	**OPERADOR:**	SIMPLE

CONCEPTO DEL PAGO	ENTIDAD	FECHA DE PAGO	VALOR PAGADO	
SALUD:	SALUD TOTAL	10/09/2025	$	178.000
PENSIÓN:	PORVENIR	10/09/2025	$	227.800
RIESGOS LABORALES:	SURA	10/09/2025	$	34.700
OTRO	CCF COMPENSAR	10/09/2025	$	28.500
	TOTAL PAGADO		**$**	**469.000**

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 ningun 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 fotograficasy/o documentales que soporten las acividades realizadas en el periodo correspondiente

NOMBRE Y FIRMA DEL CONTRATISTA	Nuvia Díaz León **NUVIA DÍAZ 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**

Secretaría 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: 30/09/2025			
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	**N° CUENTA:**	004870342310

DATOS DEL PERIODO OBJETO DE PAGO			
N° 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:**	30/09/2025
PERIODO OBJETO DE COBRO:	1/09/2025 AL 30/09/2025		

Nuvia Diaz Leon

NOMBRE Y FIRMA DEL CONTRATISTA: NUVIA DIAZ LEON
CC: 52.028.140
CEL: 3203076473

PAGOSIMPLE | AUTOLIQUIDACION CONSOLIDADA

Fecha creación reporte: 2025-09-11, 06:25:30 PM **Tipo Planilla:** I: PLANILLA INDEPENDIENTES **Numéro Planilla:** 1074895161

Periodo Cotización: agosto de 2025 **Periodo Servicio:** agosto de 2025

PAGADO 10/09/2025

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	RET P	TDE	TAE	TDP	TAP	VSP	CDR	VST	SLN	IGE	LMA	VAC	AVP	VST	IRP	Días 4 FP	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	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	$ 600	$ 469.600

Líneas de Servicio FonoSIMPLE: Bogotá 601 4446634 - Cali: 602 5540577 - Medellin: 604 5146669 - Bucaramanga: 607 6438000 - Cartagena: 605 6945444 - Pereira: 606 3402582 - Barranquilla: 605 3618850 - Resto del País: 018000 971 971 - ¡Más que Fácil, SIMPLE!

¡El Poder de lo SIMPLE!

Antes de imprimir, asegúrese que sea realmente necesario. Proteger el medio ambiente está en nuestras manos.

DAVIVIENDA

BANCO DAVIVIENDA S.A.

CERTIFICA:

Que **NUVIA**, 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
10/09/2025	$ 469.600,00	SIMPLE OI	1767142930	67142930

Se expide en Bogotá, el 11-09-2025.

Atentamente,

BANCO DAVIVIENDA S.A.

Banco Davivienda S.A.

VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA