

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

DIANA MOJICA AYALA

CON CC: N°

52.907.547

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 4316 2025

FECHA INICIO CONTRATO

22/01/2025

VALOR INICIAL DEL CONTRATO

\$ 8.252.259

No. HORAS EJECUTADAS

60

VALOR TOTAL DEL CONTRATO INCLUIDO ADICIONES:

\$ 15.312.886

VALOR DE HONORARIOS PERÍODO A CERTIFICAR:

\$ 517.620

PLAZO TOTAL DEL CONTRATO INCLUIDO PROROGAS

8 MESES 8 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

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: 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. 3. PRODUCTO (EVIDENCIA): Dieciocho (18) actas de concertaciones realizadas en las localidades de Santafé, La Candelaria y San Cristóbal. |
| 2 | 1. OBLIGACIÓN: Presentar mensualmente el cronograma de actividades a desarrollar. 2. ACTIVIDADES DESARROLLADAS: Elaborar y presentar el cronograma de actividades del mes de febrero de SPACios de bienestar del Grupo ACV en cuanto a concertaciones, seguimientos, SPACios de cuidado y trabajo administrativo. 3. PRODUCTO (EVIDENCIA): Elaborar y presentar un archivo en Excel con el cronograma de actividades para el mes de agosto de SPACios de bienestar, Grupo ACV en cuanto a concertaciones, seguimientos, SPACios de cuidado y trabajo administrativo. |
| 3 | 1. OBLIGACIÓN: 3. 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: Entregar los soportes de las actas de concertación y SPACios de cuidado el primer día hábil de cada semana durante el mes de septiembre. 3. PRODUCTO (EVIDENCIA): Elaborar y presentar las actas correspondientes de SPACios de bienestar del Grupo ACV en cuanto a concertaciones, seguimientos, SPACios de cuidado y trabajo administrativo. |
| 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: Entregar los soportes de las actas de concertación y SPACios de cuidado el primer día hábil de cada semana durante el mes de agosto. 3. PRODUCTO (EVIDENCIA): * Un acta de realización del archivo * Un documento con la información de los recorridos realizados. |
| 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: Realizar concertaciones para lograr desarrollar las acciones de identificación del riesgo e implementación de los planes de bienestar, realizar la correspondiente identificación de espacio para efectuar las acciones teniendo en cuenta las características del producto. 3. PRODUCTO (EVIDENCIA): * Dieciocho (18) actas de concertaciones con las localidades de Santafé, La Candelaria y San Cristóbal. * Actas de convocatorias y listado de secciones colectivas. |
| 6 | 1. OBLIGACIÓN: Organizar el archivo de la documentación generada de acuerdo a la normatividad y tabla de retención documental. 2. ACTIVIDADES DESARROLLADAS: Participar en la jornada de archivo programada para el producto 47, donde se organizó la documentación en carpetas y cajas conforme a la normatividad y a la tabla de retención documental. 3. PRODUCTO (EVIDENCIA): * Carpeta de fichas SPACios de bienestar. * Carpeta de secciones colectivas. * Carpeta de formato 2. * Carpeta de concertaciones y convocatorias. |
| 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, ACCVSYE, Notificación de EISP y Participación Social. 2. ACTIVIDADES DESARROLLADAS: Facilitar la consecución de los datos de los usuarios, que contengan calidad, oportunidad y completitud, con el fin de que los profesionales realicen las canalizaciones a servicios sociales y de salud. 3. PRODUCTO (EVIDENCIA): Archivo de canalización debidamente diligenciado. |
| 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: * Garantizar la adecuada ejecución de las actividades en el desarrollo del grupo poblacional que me fue asignado, aportando los productos que se establecieron en el lineamientos de SPACios de Bienestar y que me fueron socializados de forma oportuna. 3. PRODUCTO (EVIDENCIA): * Dieciocho (18) actas de concertaciones con las localidades de Santafé, La Candelaria, San Cristóbal. * Actas de convocatorias y listado de secciones colectivas. |

| | |
|---|--|
| 9 | <p>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.</p> <p>2. ACTIVIDADES DESARROLLADAS: * Se realizaron recorridos de observación para evidenciar actores sociales y entides que cumplan con las características de la población. * Se participo en la asistencia técnicas y en los direccionamientos tecnicos registro fotografico en las acciones realizadas en los SPacios de bienestar. traslados de carpas, sillas y demas insumos requeridos para las intervenciones en los puntos.</p> <p>3. PRODUCTO (EVIDENCIA): * Actas de asistencia técnica o direccionamiento técnico. * Firmas de los listados de los traslados de los vehiculos.</p> |
|---|--|

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: | 9489489374 | OPERADOR: | APORTES EN LINEA | |
| CONCEPTO DEL PAGO | ENTIDAD | FECHA DE PAGO | VALOR PAGADO | |
| SALUD: | FAMISANAR | 15/08/2025 | \$ | 178.000 |
| PENSIÓN: | PROTECCION | 15/08/2025 | \$ | 227.800 |
| RIESGOS LABORALES: | POSITIVA | 15/08/2025 | \$ | 34.700 |
| OTRO | | | | |
| TOTAL PAGADO | | | \$ | 440.500 |

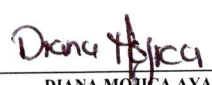
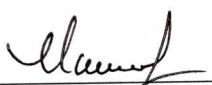
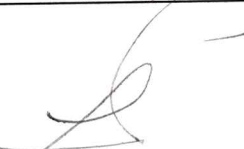
V. DECLARACIONES DEL CONTRATISTA

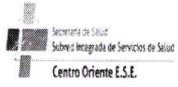
- 1.- Que desarrollé las actividades descritas en el informe anexo, dentro del periodo de cobro.
- 2.- Que realicé el pago de la Seguridad Social donde el IBC se calculó sobre el 40% de los ingresos cancelados del mes anterior pago del cual anexo copia simple, sin que en ningún caso el IBC sea menor 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 fotograficasy/o documentales que soporten las actividades realizadas en el periodo correspondiente

| | |
|--|--|
| NOMBRE Y FIRMA DEL CONTRATISTA |  DIANA MONICA AYALA CC: 52907547 |
| 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 |



SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E
APOYO – GESTIÓN 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: | DIANA MOJICA AYALA | CC: | 52.907.547 |
| CORREO ELECTRÓNICO: | dianamojicaayala23@gmail.com | TELÉFONO: | 3233236586 |
| DIRECCIÓN DOMICILIO: | KR 5A 1 20 | 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: | BANCOLOMBIA | TIPO DE CUENTA: | AHORROS | Nº CUENTA: | 69953616912 |
|--------------------------|-------------|-----------------|---------|------------|-------------|

DATOS DEL PERIODO OBJETO DE PAGO

| | | | |
|--------------------------|--------------|--|------------|
| Nº DEL CONTRATO: | PS 4316 2025 | VALOR CORRESPONDIENTE AL PERIODO OBJETO DE COBRO | \$ 517.620 |
| FECHA DE INICIO CONTRATO | 22/01/2025 | FECHA DE TERMINACIÓN CONTRATO: | 30/09/2025 |
| PERIODO OBJETO DE COBRO: | 1/08/2025 | AL | 31/08/2025 |

Diana Mojica

NOMBRE Y FIRMA DEL CONTRATISTA: DIANA MOJICA AYALA

CC: 52.907.547
CEL: 3233236586

| DATOS GENERALES DEL APORTANTE | | | | | | | | |
|-------------------------------|----|--------------------|-----------------|--------------------|--------------|---------------------|----------|-----------------------|
| Identificación | dv | Razon Social | Clase Aportante | Sucursal Principal | Direccion | Ciudad-Departamento | Teléfono | Exonerado SENA e ICBF |
| CC 52907547 | | MOJICA AYALA DIANA | INDEPENDIENTE | PRINCIPAL | cra 5 a 1 20 | BOGOTA-BOGOTA D.E. | 6713858 | No |

| DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION | | | | | | | | |
|-----------------------------------|---------|------------|------------|----------|------------|------------|-------|-----------|
| Periodo | | Clave | | Tipo | Fecha | | Pago | |
| Pensión | Salud | Pago | Planilla | Planilla | Limite | Pago | Banco | Valor |
| 2025-07 | 2025-07 | 1702075833 | 9489489374 | I | 2025/08/13 | 2025/08/15 | NEQUI | \$441,200 |

| LIQUIDACION DETALLADA DE APORTES | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|---|----------------|--------------|---------|------|-------------|-----------|--------|------|-------------|-----------|--------|------|-----|--------|---------|------|-------------|----------|--------------|-----|--------|
| EMPLEADO | | | PENSION | | | | SALUD | | | | CCF | | | | RIESGOS | | | | PARAFISCALES | | |
| No. | Identificación | Nombres | Codigo | Días | IBC | Aporte | Codigo | Días | IBC | Aporte | Codigo | Días | IBC | Aporte | Codigo | Días | IBC | Aporte | Días | IBC | Aporte |
| Sucursal: PRINCIPAL (1 Afiliados) | | | | | \$1,423,500 | \$227,800 | | | \$1,423,500 | \$178,000 | | | \$0 | \$0 | | | \$1,423,500 | \$34,700 | | \$0 | \$0 |
| Centro de Trabajo: PRINCIPAL (1 Afiliados) | | | | | \$1,423,500 | \$227,800 | | | \$1,423,500 | \$178,000 | | | \$0 | \$0 | | | \$1,423,500 | \$34,700 | | \$0 | \$0 |
| Ciudad: BOGOTA Depto: BOGOTA D.E. (1 Afiliados) | | | | | \$1,423,500 | \$227,800 | | | \$1,423,500 | \$178,000 | | | \$0 | \$0 | | | \$1,423,500 | \$34,700 | | \$0 | \$0 |
| 1 | CC 52907547 | MOJICA DIANA | 230201 | 30 | \$1,423,500 | \$227,800 | EPS017 | 30 | \$1,423,500 | \$178,000 | | 0 | \$0 | \$0 | 14-23 | 30 | \$1,423,500 | \$34,700 | 0 | \$0 | \$0 |
| Total Afiliados (1) | | | | | \$1,423,500 | \$227,800 | | | \$1,423,500 | \$178,000 | | | \$0 | \$0 | | | \$1,423,500 | \$34,700 | | \$0 | \$0 |

| DATOS GENERALES DEL APORTANTE | | | | | | | | |
|-------------------------------|----|--------------------|-----------------|--------------------|--------------|---------------------|----------|-----------------------|
| Identificación | dv | Razon Social | Clase Aportante | Sucursal Principal | Dirección | Ciudad-Departamento | Teléfono | Exonerado SENA e ICBF |
| CC 52907547 | | MOJICA AYALA DIANA | INDEPENDIENTE | PRINCIPAL | cra 5 a 1 20 | BOGOTA-BOGOTA D.E. | 6713858 | No |

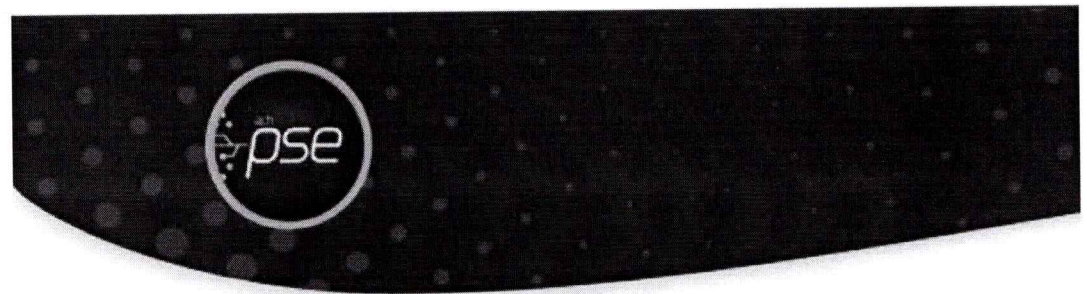
| DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION | | | | | | | | | |
|-----------------------------------|---------|------------|------------|----------|------------|------------|-------|-----------|-----------|
| Periodo | | Clave | | Tipo | Fecha | | Pago | | |
| Pensión | Salud | Pago | Planilla | Planilla | Límite | Pago | Banco | Días Mora | Valor |
| 2025-07 | 2025-07 | 1702075833 | 9489489374 | I | 2025/08/13 | 2025/08/15 | NEQUI | 2 | \$441,200 |

| RESUMEN DE PAGO | | | | | | | | | |
|------------------------------|--------|-------------|----|-----------|------------------|----------------|------------------------|------------------|--|
| RIESGO | CODIGO | NIT | DV | AFILIADOS | VALOR LIQUIDADO | INTERESES MORA | SALDOS E INCAPACIDADES | VALOR A PAGAR | |
| AFP (ADMINISTRADORAS: 1) | | | | 1 | \$227,800 | \$300 | \$0 | \$228,100 | |
| PROTECCION | 230201 | 800,229,739 | 0 | 1 | \$227,800 | \$300 | \$0 | \$228,100 | |
| ARL (ADMINISTRADORAS: 1) | | | | 1 | \$34,700 | \$100 | \$0 | \$34,800 | |
| POSITIVA COMPAÑIA DE SEGUROS | 14-23 | 860,011,153 | 6 | 1 | \$34,700 | \$100 | \$0 | \$34,800 | |
| EPS (ADMINISTRADORAS: 1) | | | | 1 | \$178,000 | \$300 | \$0 | \$178,300 | |
| FAMISANAR | EPS017 | 830,003,564 | 7 | 1 | \$178,000 | \$300 | \$0 | \$178,300 | |
| TOTAL | | | | 1 | \$440,500 | \$700 | \$0 | \$441,200 | |

PSE - Transacción Aprobada CUS 1702075833 ▶ Recibidos x



serviciopse@achcolombia.com.co
para mí ▾



¡Hola, Diana Mojica ayala !

Estado de la Transacción: **Aprobada**

Los siguientes son los datos de tu transacción:

Valor: \$ 441.200

Empresa: APORTES EN LINEA

Descripción: Pago de la Planilla de aportes con clave:
9489489374

Fecha de la transacción: 14/08/2025

CUS: 1702075833