

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

**LEIDY TATIANA RODRIGUEZ CUTA**

CON CC: N°

1.019.107.768

OBJETO DEL CONTRATO:

PRESTAR SERVICIOS COMO TECNICO AUXILIAR DE 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 5298 2025

FECHA INICIO CONTRATO

30/04/2025

VALOR INICIAL DEL CONTRATO

\$ 5.164.162

No. HORAS  
EJECUTADAS

144

VALOR TOTAL DEL CONTRATO  
INCLUIDO ADICIONES:

\$ 13.791.037

VALOR DE HONORARIOS PERÍODO A  
CERTIFICAR:

\$ 1.987.632

PLAZO TOTAL DEL CONTRATO  
INCLUIDO PRORROGAS

5 MESES

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

ITEM

**II. ACTIVIDADES REALIZADAS EN EL PERÍODO, DE ACUERDO CON EL OBJETO Y LAS OBLIGACIONES ESTABLECIDAS EN EL CONTRATO  
(Deben ser coherentes con las actividades específicas realizadas durante el mes)**

1	<p>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.</p> <p>2. ACTIVIDADES DESARROLLADAS: Realizar las actividades descritas en el lineamiento vigente del Plan de Intervenciones Colectivas en el Distrito Capital según el convenio con la Subred Centro Oriente.</p> <p>3. PRODUCTO (EVIDENCIA): Producto en físico</p>
2	<p>1. OBLIGACIÓN: Presentar mensualmente el cronograma de actividades a desarrollar</p> <p>2. ACTIVIDADES DESARROLLADAS: Realizar actividades programadas en el cronograma mensual y realizar las observaciones pertinentes frente a las actividades que se realizaron y que no estaban plasmadas dentro del cronograma mensual.</p> <p>3. PRODUCTO (EVIDENCIA): Producto en físico y en magnético</p>
3	<p>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.</p> <p>2. ACTIVIDADES DESARROLLADAS: Cumplir con el protocolo y los procesos de vacunación segura con el fin de mantener y mejorar la calidad del servicio de vacunación.</p> <p>3. PRODUCTO (EVIDENCIA): Producto en físico y en magnético</p>
4	<p>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.</p> <p>2. ACTIVIDADES DESARROLLADAS: Cumplir con el protocolo y los procesos de vacunación segura con el fin de mantener y mejorar la calidad del servicio de vacunación.</p> <p>3. PRODUCTO (EVIDENCIA): Producto en físico y en magnético</p>
5	<p>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.</p> <p>2. ACTIVIDADES DESARROLLADAS: Leer y realizar apropiación conceptual según el Manual técnico Administrativo del PAI, las circulares y lineamientos vigentes del PAI.</p> <p>3. PRODUCTO (EVIDENCIA): Producto en físico y en magnético</p>
6	<p>1. OBLIGACIÓN: Cumplir con la meta, actividades y/o productos programados y asignados con la calidad del dato requerida (oportunidad, consistencia, exactitud) desde su perfil técnico y conforme a los anexos y lineamientos técnicos del convenio Interadministrativo PSPIC.</p> <p>2. ACTIVIDADES DESARROLLADAS: Realizar la búsqueda activa de población susceptible para vacunación dentro de las 6 localidades en cada una de las estrategias del programa ampliado de inmunizaciones para la administración de inmunobiológicos correspondientes de acuerdo al antecedente vacunal de cada usuario, realizando correcto diligenciamiento de los formatos estipulados en el programa</p> <p>3. PRODUCTO (EVIDENCIA): Producto en físico y en magnético</p>
7	<p>1. OBLIGACIÓN: Realizar con calidad y oportunidad los procesos de captura del dato, revisión y custodia de los formatos, documentos y/o bases de datos y aplicativos, que correspondan a las acciones o intervenciones realizadas de acuerdo a los lineamientos técnicos de los entornos y procesos transversales del convenio Interadministrativo PSPIC</p> <p>2. ACTIVIDADES DESARROLLADAS: Realizar la respectiva verificación del antecedente vacunal así como los datos de identificación y/o ubicación correspondientes al usuario para el respectivo registro diario de vacunación, los cuales serán responsabilidad del vacunador- registrador encargado hasta la entrega al jefe extramural.</p> <p>3. PRODUCTO (EVIDENCIA): Producto en físico y en magnético</p>
8	<p>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.</p> <p>2. ACTIVIDADES DESARROLLADAS: Cumplir con el envío semanal de canalización a los diferentes programas, servicios y programas transversales según la necesidad identificada en los usuarios objetos del programa.</p> <p>3. PRODUCTO (EVIDENCIA): Producto en magnético</p>
9	<p>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.</p> <p>2. ACTIVIDADES DESARROLLADAS: Cumplir con las actividades asignadas oportunamente según los lineamientos y/o directriz de la coordinación del programa ampliado de inmunizaciones y/o coordinación PIC cumpliendo con la congruencia, completitud, exactitud y calidad de cada uno de los productos.</p> <p>3. PRODUCTO (EVIDENCIA): Producto en físico y en magnético</p>
10	<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: Desarrollar actividades según necesidad de la Subred, en cualquiera de los espacios o procesos transversales de acuerdo a los lineamientos del contrato PSPIC.</p> <p>3. PRODUCTO (EVIDENCIA): Producto en físico y en magnético</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 **01/09/2025** al **30/09/2025**

**IV. INFORMACIÓN DE APORTES A SEGURIDAD SOCIAL**

No. DE PLANILLA:	7983106832	OPERADOR:	SOI
CONCEPTO DEL PAGO	ENTIDAD	FECHA DE PAGO	VALOR PAGADO
SALUD:	COMPENSAR	11/09/2025	\$ 178.000
PENSIÓN:	COLFONDOS	11/09/2025	\$ 227.800
RIESGOS LABORALES:	SURA	11/09/2025	\$ 34.700
OTRO			
<b>TOTAL PAGADO</b>			<b>\$ 440.500</b>

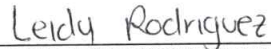
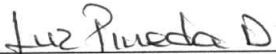
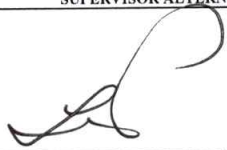
**V. DECLARACIONES DEL CONTRATISTA**

- 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	 LEIDY TATIANA RODRIGUEZ CUTA CC: 1019107768
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 - 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:	LEIDY TATIANA RODRIGUEZ CUTA	CC:	1.019.107.768
CORREO ELECTRÓNICO:	leidytatiana9504@gmail.com	TELÉFONO:	3132477671
DIRECCIÓN DOMICILIO:	KR 33 30 95	CIUDAD:	SOACHA

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:	0550484900038064
--------------------------	------------------	-----------------	---------	------------	------------------

DATOS DEL PERÍODO OBJETO DE PAGO

Nº DEL CONTRATO:	PS 5298 2025	VALOR CORRESPONDIENTE AL PERÍODO OBJETO DE COBRO	\$ 1.987.632
FECHA DE INICIO CONTRATO	30/04/2025	FECHA DE TERMINACIÓN CONTRATO:	30/09/2025
PERÍODO OBJETO DE COBRO:	1/09/2025 AL 30/09/2025		

Leidy Rodriguez

NOMBRE Y FIRMA DEL CONTRATISTA: LEIDY TATIANA RODRIGUEZ CUTA

CC: 1.019.107.768  
CEL: 3132477671



DATOS GENERALES DEL APORTANTE		
TIPO IDENTIFICACIÓN:	CÉDULA DE CIUDADANÍA NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN:	1019107768
NOMBRE Ó RAZÓN SOCIAL:	LEIDY TATIANA RODRIGUEZ CUTA	
CIUDAD/MUNICIPIO:	SOACHA DEPARTAMENTO:	CUNDINAMARCA
DIRECCIÓN:	CARRERA 38 # 30-90 TELÉFONO:	9999999
TIPO APORTANTE:	02-INDEPENDIENTE CLASE APORTANTE:	I-INDEPENDIENTE
TIPO EMPRESA:	PRIVADA ACTIVIDAD ECONOMICA:	Comercio al por mayor de
FORMA DE PRESENTACIÓN:	ÚNICO	
APORTANTE EXONERADO PAGO APORTES SALUD, SENA E ICBF (REFORMA TRIBUTARIA):		NO

DATOS GENERALES DE LA PLANILLA		
NÚMERO PLANILLA:	<b>7983106832</b>	TIPO DE PLANILLA: I-INDEPENDIENTES
PERIODO COTIZACIÓN:	MES: agosto	PERIODO COTIZACIÓN MES: agosto
OTROS SUBSISTEMAS:	AÑO: 2025	SALUD: AÑO: 2025
DÍAS DE MORA:	0	
FECHA PAGO (aaaa/mm/dd):	2025/09/11	NÚMERO AUTORIZACIÓN: 1769362574

NOVEDADES																	
ING	RET	TDE	TAE	TDP	TAP	COR	VSP	VST	SLN	COM	IGE	LMA	VAC	AVP	VCT	IRP	

LIQUIDACIÓN GENERAL					TOTALES	
					COTIZANTES	TOTAL PAGADO
<b>PENSIÓN</b>						
ADMINISTRADORA						
NIT	CÓDIGO	NOMBRE				
8002279406	231001	231001-COLFONDOS			1	\$ 227.800
<b>SUBTOTAL:</b>					<b>1</b>	<b>\$ 227.800</b>
<b>SALUD</b>						
ADMINISTRADORA						
NIT	CÓDIGO	NOMBRE				
8600669427	EPS008	EPS008-COMPENSAR			1	\$ 178.000
<b>SUBTOTAL:</b>					<b>1</b>	<b>\$ 178.000</b>
<b>RIESGOS PROFESIONALES</b>						
ADMINISTRADORA						
NIT	CÓDIGO	NOMBRE				
8909037905	14-11	14-11 - ARL SURA			1	\$ 34.700
<b>SUBTOTAL:</b>					<b>1</b>	<b>\$ 34.700</b>

<b>VALOR SIN MORA:</b>	<b>\$ 440.500</b>
<b>VALOR MORA:</b>	<b>\$ 0</b>
<b>TOTAL PAGADO:</b>	<b>\$ 440.500</b>

**Pago PSE**

**Resultado de su transacción**

**Código único CUS**

1769362574

**Destino de pago**

SOI ACH

**Motivo**

Pago de la Planilla Integrada de Seguridad Social y Parafiscales

**Fecha**

11/09/2025

**Número de aprobación**

00362574

**Dirección IP**

190.255.152.221

**Valor transacción**

\$ 440.500,00

**Costo de la transacción**

\$ 0,00 IVA incluido

**Referencia 1**

10.80.25.153

**Referencia 2**

CC

**Referencia 3**

1019107768