

DATOS DEL CONTRATISTA					
FECHA DE DILIGENCIAMIENTO: (31-12-2025)					
NOMBRES Y APELLIDOS:	CARMEN ALICIA MATURANA DIAZ			CC:	39419657
CORREO ELECTRÓNICO:	carmen.enfer24@gmail.com			TELÉFONO:	3112866442
DIRECCIÓN DOMICILIO:	CL 64 D 108 29			CIUDAD:	BOGOTA
BANCO AL CUAL CONSIGNAR:	BANCO DAVIVIENDA S.A.	TIPO DE CUENTA:	AHORROS	N° CUENTA:	008770122144
DATOS DEL CONTRATO O ADICION Y PERIODO OBJETO DE PAGO					
N° DEL CONTRATO:	PS 6665 2025	VALOR CORRESPONDIENTE AL PERIODO OBJETO DE COBRO		\$ 456.000	
FECHA DE INICIO CONTRATO	2025/10/01	FECHA DE TERMINACIÓN CONTRATO:		2026/01/31	
PERIODO OBJETO DE COBRO:	DEL 2025/10/01 AL 2025/10/31				
<div><div>CARMEN ALICIA MATURANA DIAZ PS_6665_2025_DBA29B</div></div> <div>NOMBRE Y FIRMA DEL CONTRATISTA: CARMEN ALICIA MATURANA DIAZ CC: 39419657 CEL: 3112866442</div>					

CELEBRADO ENTRE LA SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E Y
CARMEN ALICIA MATURANA DIAZ

CON C.C N° 39.419.657

OBJETO DEL CONTRATO:	PRESTAR SERVICIOS PROFESIONALES 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 6665 2025	FECHA INICIO CONTRATO	2025/10/01
---	--------------	-----------------------	------------

VALOR INICIAL DEL CONTRATO	\$ 4.195.200	No. HORAS EJECUTADAS	20
----------------------------	--------------	----------------------	----

VALOR TOTAL DEL CONTRATO INCLUIDO ADICIONES:	\$ 20.679.600	VALOR DE HONORARIOS PERÍODO A CERTIFICAR:	\$ 456.000
--	---------------	---	------------

PLAZO DEL CONTRATO INCLUYENDO PRORROGAS	CUATRO (4) MESES
---	------------------

UNIDAD FUNCIONAL DE EJECUCIÓN DE ACTIVIDADES:	SEDE ADMINISTRATIVA SAN JOSE OBRERO
---	-------------------------------------

NOMBRE DEL SUPERVISOR:	LIDA ESPERANZA MONTENEGRO PARRA
------------------------	---------------------------------

ITEM	II. ACTIVIDADES REALIZADAS EN EL PERIODO, DE ACUERDO CON EL OBJETO Y LAS OBLIGACIONES ESTABLECIDAS EN EL CONTRATO (Deben ser coherentes con las obligaciones específicas del contrato 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. 1.1 ACTIVIDADES DESARROLLADAS: Desarrollar actividades propuestas en la localidad Los mártires como son: Asesorías en salud en los productos 25, 33, 75 y 84. 1.2 PRODUCTO (EVIDENCIA): Formatos de fichas propias de las actividades de laboral.
2	2. OBLIGACIÓN: Presentar mensualmente el cronograma de actividades a desarrollar. 2.1 ACTIVIDADES DESARROLLADAS: Entrega de cronograma con las actividades realizadas durante el mes. 2.2 PRODUCTO (EVIDENCIA): Cronograma en magnético drive: https://drive.google.com/drive/folders/1HH8tvISxLGD5kTi1VdEsgrA4imZJMMH?usp=sharing .
3	3. 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. 3.1 ACTIVIDADES DESARROLLADAS: Brindar apoyo de las actividades programadas por el entorno laboral en pro del cumplimiento de las metas y demás actividades que disponga el líder del entorno. 3.2 PRODUCTO (EVIDENCIA): Acta y listados de asistencia.
4	4. 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.4.1 ACTIVIDADES DESARROLLADAS: Brindar asesoría para el cuidado y la protección de la salud en NNA y asesorías de promoción del cuidado de la salud con énfasis en prevención de factores de riesgo de condiciones crónicas no transmisibles con trabajadores de la economía informal. 4.2 PRODUCTO (EVIDENCIA): Formatos NNA, UTI y demás formatos del proceso laboral.
5	5. OBLIGACIÓN: Cumplir con la meta, actividades y/o productos programados y asignados con la calidad del dato requerida (oportunidad, consistencia, 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. 5.1 ACTIVIDADES DESARROLLADAS: Garantizar la calidad y cantidad de los procesos asignados durante el mes en curso y realizar alistamiento de carpetas para auditoría. 5.2 PRODUCTO (EVIDENCIA): Formatos NNA, UTI, tamizajes y envío de bases de condiciones crónicas y toma de glucometría a los correos: espaciotrabajosubredco2@gmail.com . mapinzonr.subredcentrooriente@gmail.com .
6	6. 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. 6.1 ACTIVIDADES DESARROLLADAS: Se realizó lectura y apropiación conceptual a lineamientos y caja de herramientas para la ejecución de las actividades de la nueva vigencia octubre 2025 a junio 2027. 6.2 PRODUCTO (EVIDENCIA): Actas y listados de asistencia.
7	7. OBLIGACIÓN: Realizar revisión y responder por los formatos de captura, documentos, bases o informes generados como resultado de las acciones o intervenciones realizadas de acuerdo con los lineamientos técnicos de los entornos y procesos transversales del convenio Interadministrativo PSPIC. 7.1 ACTIVIDADES DESARROLLADAS: Garantizar la calidad y cantidad de los procesos asignados durante el mes en curso y realizar alistamiento de carpetas para auditoría. 7.2 PRODUCTO (EVIDENCIA): Formatos NNA, UTI, tamizajes y envío de bases de condiciones crónicas y toma de glucometría a los correos: espaciotrabajosubredco2@gmail.com . mapinzonr.subredcentrooriente@gmail.com
8	8. OBLIGACIÓN DE: Notificar los eventos de interés en salud pública detectados en cada una de sus intervenciones. 8.1 ACTIVIDADES DESARROLLADAS: Realizar Canalización sectorial e intersectorial, proceso de agendamiento y activaciones de ruta según necesidad de los NNA y trabajadores de las unidades de trabajo informal intervenidos. 8.2 PRODUCTO (EVIDENCIA): Formato de Excel de canalización, formatos de epidemiología según evento de interés en salud pública identificado.
9	9. OBLIGACIÓN: Organizar el archivo de la documentación generada de acuerdo con la normatividad y tabla de retención documental. 9.1 ACTIVIDADES DESARROLLADAS: Organizar en carpetas los soportes generados para el desarrollo de las actividades, teniendo en cuenta foliar, perfilar las hojas y marcas las carpetas acordes a los productos que se ejecutan en el entorno. 9.2 PRODUCTO (EVIDENCIA): Acta y listados de asistencia.

10	10. OBLIGACIÓN: Dar cumplimiento a las actividades de los procesos TRANSVERSALES del PSPIC, de acuerdo con su competencia: CANALIZACIONES, PAI, Educación para la Salud Pública, GESI, ACCVSyE, Notificación de EISP y Participación Social. 10.1 ACTIVIDADES DESARROLLADAS: Cumplir con activación de ruta y notificación acorde a necesidad identificada tanto a nivel individual y colectivo. 10.2 PRODUCTO (EVIDENCIA): formato de canalización y notificación según evento.
11	11. OBLIGACIÓN: El contratista se obliga a que las glosas que se generen por incumplimiento de las obligaciones contractuales y de acuerdo con 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. 11.1 ACTIVIDADES DESARROLLADAS: Diligenciar de forma adecuada los formatos de UTI de acuerdo a los instructivos de cada formato. 11.2 PRODUCTO (EVIDENCIA): Formatos de UTI y formatos de NNA.
12	12. 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. 12.1 ACTIVIDADES DESARROLLADAS: Cumplimiento de las actividades asignadas en el entorno cuidador laboral, jornadas de salud dando respuesta a la meta asignada durante el mes. 12.2 PRODUCTO (EVIDENCIA): Acta y listados de asistencia.

III. VERIFICACION DE ACTIVIDADES DESARROLLADAS
SE VERIFICA QUE 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 (2025-10-01) AL (2025-10-31)

IV. INFORMACIÓN DE APORTES A SEGURIDAD SOCIAL			
No. DE PLANILLA:	N° 9491653574	OPERADOR:	APORTES EN LINEA
CONCEPTO DEL PAGO	ENTIDAD	FECHA DE PAGO	VALOR PAGADO
SALUD:	SANITAS	2025/09/10	\$ 256.900
PENSIÓN:	PORVENIR	2025/09/10	\$ 228.800
RIESGOS LABORALES:	SEGUROS BOLIVAR	2025/09/10	\$ 50.100
OTRO			
TOTAL PAGADO			\$ 535.800

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 calculo 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 afiliacion a eps, arl, pension, 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.

VII. ANEXOS
(Cuando se requiera como una de las obligaciones del contrato)
Anexar evidencias fotográficas y/o documentales que soporten las actividades realizadas en el período correspondiente

NOMBRE Y FIRMA DEL CONTRATISTA	<div><div>CARMEN ALICIA MATURANA DIAZ PS_6665_2025_DBA29B</div></div> <div>CARMEN ALICIA MATURANA DIAZ CC: 39419657</div>
---------------------------------------	--

FIRMA DE QUIEN VALIDA



JEAN PAUL ALARCON BARRAGAN

PS_6665_2025_DBA29B

JEAN PAUL ALARCON BARRAGAN
SUPERVISOR ALTERNO

FIRMA DE QUIEN CONVALIDA EL CUMPLIMIENTO DE LAS
OBLIGACIONES PARA EL PRESENTE PERIODO DE PAGO



LIDA ESPERANZA MONTENEGRO PARRA

PS_6665_2025_DBA29B

LIDA ESPERANZA MONTENEGRO PARRA
SUPERVISOR DEL CONTRATO

DATOS GENERALES DEL APORTANTE								
Identificación	dv	Razon Social	Clase Aportante	Sucursal Principal	Dirección	Ciudad-Departamento	Teléfono	Exonerado SENA e ICBF
CC 39419657		MATURANA DIAZ CARMEN ALICIA	INDEPENDIENTE	PRINCIPAL	CL 64D 108 29 VILLAS DEL DORADO	BOGOTA-BOGOTA D.E.	3112866442	No

DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION								
Periodo		Clave		Tipo	Fecha		Pago	
Pensión	Salud	Pago	Planilla	Planilla	Limite	Pago	Banco	Valor
2025-09	2025-09	1851001793	9493210121	I	2025/10/15	2025/10/14	BANCO DAVIVIENDA	\$677,500

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)					\$2,189,500	\$350,400			\$2,189,500	\$273,700			\$0	\$0			\$2,189,500	\$53,400		\$0	\$0
Centro de Trabajo: PRINCIPAL (1 Afiliados)					\$2,189,500	\$350,400			\$2,189,500	\$273,700			\$0	\$0			\$2,189,500	\$53,400		\$0	\$0
Ciudad: BOGOTA Depto: BOGOTA D.E. (1 Afiliados)					\$2,189,500	\$350,400			\$2,189,500	\$273,700			\$0	\$0			\$2,189,500	\$53,400		\$0	\$0
1	CC	39419657	MATURANA CARMEN	230301	30	\$2,189,500	\$350,400	EPS005	30	\$2,189,500	\$273,700	0	\$0	\$0	14-7	30	\$2,189,500	\$53,400	0	\$0	\$0
Total Afiliados(1)					\$2,189,500	\$350,400			\$2,189,500	\$273,700			\$0	\$0			\$2,189,500	\$53,400		\$0	\$0

DATOS GENERALES DEL APORTANTE								
Identificación	dv	Razon Social	Clase Aportante	Sucursal Principal	Dirección	Ciudad-Departamento	Teléfono	Exonerado SENA e ICBF
CC 39419657		MATURANA DIAZ CARMEN ALICIA	INDEPENDIENTE	PRINCIPAL	CL 64D 108 29 VILLAS DEL DORADO	BOGOTA-BOGOTA D.E.	3112866442	No

DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION								
Periodo		Clave		Tipo	Fecha		Pago	
Pensión	Salud	Pago	Planilla	Planilla	Limite	Pago	Banco	Valor
2025-09	2025-09	1851001793	9493210121	I	2025/10/15	2025/10/14	BANCO DAVIVIENDA	\$677,500

RESUMEN DE PAGO								
RIESGO	CODIGO	NIT	DV	AFILIADOS	VALOR LIQUIDADO	INTERESES MORA	SALDOS E INCAPACIDADES	VALOR A PAGAR
AFP (ADMINISTRADORAS: 1)				1	\$350,400	\$0	\$0	\$350,400
PORVENIR	230301	800,224,808	8	1	\$350,400	\$0	\$0	\$350,400
ARL (ADMINISTRADORAS: 1)				1	\$53,400	\$0	\$0	\$53,400
SEGUROS BOLIVAR	14-7	860,002,503	2	1	\$53,400	\$0	\$0	\$53,400
EPS (ADMINISTRADORAS: 1)				1	\$273,700	\$0	\$0	\$273,700
SANITAS	EPS005	800,251,440	6	1	\$273,700	\$0	\$0	\$273,700
TOTAL				1	\$677,500	\$0	\$0	\$677,500



BANCO DAVIVIENDA S.A.

CERTIFICA:

Que **CARMEN ALICIA MATURANA DIAZ**, quien se identifica con **Cédula de ciudadanía No. 39419657** y es titular de la cuenta terminada en ****2144** , realizó el siguiente pago a través de :

Fecha del pago	Valor	Destino	Factura - Referencia	Número de Autorización
14/10/2025	\$ 677.500,00	APORTES EN LINEA	1851001793	51001793

Banco Davivienda S.A.

Se expide en Bogotá, el 14-10-2025.

Atentamente,

BANCO DAVIVIENDA S.A.



Búsqueda

Mis procesos

Menú

Ir a

Buscar...

Escritorio → Menú → Administración de contratos → **Ver contrato**

1 Información general

Cancelar

<

Evaluación de la Entidad Estatal

>

2 Condiciones

VER CONTRATO

3 Bienes y servicios

Ejecución del Contrato

☐

Porcentaje

☐

Recepción de artículos

4 Documentos del Proveedor

5 Documentos del contrato

Plan de Pagos

¿Se requieren emisiones de

 códigos de autorización?

☐

Sí

☒

No

6 Información presupuestal

7 Ejecución del Contrato

8 Modificaciones del Contrato

9 Incumplimientos

Id de pago

Número de factura

Fecha de emisión

Fecha de recepción

Valor total de la factura

Estado

No existen resultados que cumplan con los criterios de búsqueda especificados

Crear

Documentos de ejecución del contrato

Descripción

Nombre del archivo

Cargado por



PS 6665 2025 CUENTA DE COBRO

 OCTUBRE 2025.pdf

PS 6665 2025 CUENTA DE COBRO

 OCTUBRE 2025.pdf

Proveedor

[Descargar](#)

[Detalle](#)

Borrar

Cargar nuevo

Cancelar

<

Evaluación de la Entidad Estatal

>