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: (31-03-2026)					
NOMBRES Y APELLIDOS:	**LUIS FERNANDO MORENO BAEZ**			**CC:**	**80023241**
CORREO ELECTRÓNICO:	**LUIFDOMORENOB@GMAIL.COM**			**TELÉFONO:**	**3115013598**
DIRECCIÓN DOMICILIO:	**TV 90D 85 28**			**CIUDAD:**	**BOGOTA**
BANCO AL CUAL CONSIGNAR:	**BANCO DAVIVIENDA S.A.**	**TIPO DE CUENTA:**	**AHORROS**	**N° CUENTA:**	**488404426147**
DATOS DEL CONTRATO O ADICION Y PERIODO OBJETO DE PAGO					
Nº DEL CONTRATO:	**PS 3215 2026**	**VALOR CORRESPONDIENTE AL PERIODO OBJETO DE COBRO**			**$ 7.980**
FECHA DE INICIO CONTRATO	**2026/02/16**	**FECHA DE TERMINACIÓN CONTRATO:**			**2026/05/31**
PERIODO OBJETO DE COBRO:	**DEL 2026/02/17 AL 2026/02/28**				

LUIS FERNANDO MORENO BAEZ
PS_3215_2026_15FBEB

NOMBRE Y FIRMA DEL CONTRATISTA:
LUIS FERNANDO MORENO BAEZ
CC: 80023241
CEL: 3115013598

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 Y SUPERVISION 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				
LUIS FERNANDO MORENO BAEZ				
	CON C.C N°	**80.023.241**		
OBJETO DEL CONTRATO:	PRESTAR SERVICIOS PROFESIONALES EN PSICOLOGIA 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 3215 2026**	**FECHA INICIO CONTRATO**	**2026/02/16**	
VALOR INICIAL DEL CONTRATO	$ 15.102.720	**No. HORAS EJECUTADAS**	**1**	
VALOR TOTAL DEL CONTRATO INCLUIDO ADICIONES:	$ 15.102.720	**VALOR DE HONORARIOS PERÍODO A CERTIFICAR:**	$ 7.980	
PLAZO DEL CONTRATO INCLUYENDO PRORROGAS	TRES (3) MESES Y DIECIOCHO (18) DIAS			
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	obligación 1: 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 a desarrolladas: Reunión de socialización de meta del mes de febrero 2026, producto 65 conectando con el cuidado emocional 1.2 productos (evidencias): Acta de participación con fecha del 02/03/2026 la reposa actualmente en el entorno educativo y listado de asistencia
2	obligación 2: Presentar mensualmente el cronograma de actividades a desarrollar. 2.1 actividades a desarrolladas: Elaboración de Cronograma de Actividades del 02 al 31 de febrero con actualización periódica 2.2 productos (evidencias): Cronograma Digital
3	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 3.1 ACTIVIDADES DESARROLLADAS: Realización de 23 sesiones de intervenciones individuales con escolares en prevención de eventos de interés en salud mental 3.2. PRODUCTO (EVIDENCIA): Fichas de gestión del riesgo
4	obligación 4: 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: Participación en la reunión del PIC -localidad san Cristóbal programada para el mes de febrero. 3.2 PRODUCTO (EVIDENCIA): Acta de participación con fecha del 02/03/2026 la cual se encuentra en el drive de la localidad de san Cristóbal con listado de asistencia
5	obligación 5: 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: Realización de 53 sesiones de intervenciones individuales y/o colectivas con escolares en prevención de eventos de interés en salud mental. Para el producto 65 conectando con el cuidado emocional 5.2 PRODUCTO (EVIDENCIA): Fichas de gestión del riesgo, ficha de formato de sesiones colectivas
6	obligación 6: 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: Asistencia técnica para apropiación de lineamiento 6.2 PRODUCTO (EVIDENCIA): Acta de participación con listado de asistencia
7	obligación 7: Realizar revisión y responder por los formatos de captura, documentos, bases o informes generados como resultado de las acciones o intervenciones realizadas de acuerdo a los lineamientos técnicos de los entornos y procesos transversales del convenio Interadministrativo PSPIC. 7.1 ACTIVIDADES DESARROLLADAS: Participación en la reunión de seguimiento a las acciones y pre auditoria, consolidación de tablero de control mensual y tablero poblacional. 7.2 PRODUCTO (EVIDENCIA): Bases generales
8	obligación 8: Notificar los eventos de interés en salud pública detectados en cada una de sus intervenciones. 8.1 ACTIVIDADES DESARROLLADAS: Se realiza proceso de canalización de acuerdo a las necesidades priorizadas e identificadas. 8.2 PRODUCTO (EVIDENCIA): Formato de canalización y seguimiento
9	obligación 9: Organizar el archivo de la documentación generada de acuerdo a la normatividad y tabla de retención documental.9.1 ACTIVIDADES DESARROLLADAS: Realizar acciones de gestión documental de acuerdo a planeación del apoyo a la gestión, correspondiente a la actualización para transferencia de archivo 9.2 PRODUCTO (EVIDENCIA): Organización de archivo físico y registro en FUID
10	obligación 10: 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. 10.1 ACTIVIDADES DESARROLLADAS: Realiza acciones para dar cumplimiento a los requerimientos según los procesos transversales del PSPIC de acuerdo al perfil 10.2. PRODUCTO (EVIDENCIA): Canalizaciones, formatos de captura, bases e informes

11	obligación 11: 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. 11.1. ACTIVIDADES DESARROLLADAS: Hasta el momento no se ha generado glosa para el producto 65 conectando con el cuidado emocional se ha cumplido con los requerimientos técnicos y de calidad 11.2. PRODUCTO (EVIDENCIA): No aplica
12	obligación 12: 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: Se realizan actividades requeridas de acuerdo a la necesidad de la ejecución del contrato.12. 2. PRODUCTO (EVIDENCIA): Soportes requeridos de acuerdo a la actividad

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 (2026-02-17) AL (2026-02-28)

IV. INFORMACIÓN DE APORTES A SEGURIDAD SOCIAL

No. DE PLANILLA:	N°	OPERADOR:	
CONCEPTO DEL PAGO	ENTIDAD	FECHA DE PAGO	VALOR PAGADO
SALUD:	COMPENSAR		$ 0
PENSIÓN:	COLFONDOS		$ 0
RIESGOS LABORALES:	POSITIVA		$ 0
OTRO			
TOTAL PAGADO			$ 0

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 ningun 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	*LUIS FERNANDO MORENO BAEZ* *PS_3215_2026_15FBEB* **LUIS FERNANDO MORENO BAEZ** **CC: 80023241**
FIRMA DE QUIEN VALIDA	*BRISETT DAYAN RODRIGUEZ DIAZ* *PS_3215_2026_15FBEB* **BRISETT DAYAN RODRIGUEZ DIAZ** **SUPERVISOR ALTERNO**

FIRMA DE QUIEN CONVALIDA EL CUMPLIMIENTO DE LAS OBLIGACIONES PARA EL PRESENTE PERIODO DE PAGO	*LIDA ESPERANZA MONTENEGRO PARRA* *PS_3215_2026_15FBEB* **LIDA ESPERANZA MONTENEGRO PARRA** **SUPERVISOR DEL CONTRATO**

No. de Radicación

Fecha de Radicación (Día Mes Año) 16/02/2026

16 FEB 2026

I. DATOS DEL TRÁMITE (Lea las instrucciones que se encuentran anexas al formulario antes de diligenciarlo)

1. Tipo de trámite: A. Afiliación [ ] B. Novedad [X]
2. Tipo de Afiliación: A. Individual • Cotizante o cabeza de familia [X] • Beneficiario o afiliado adicional [ ] B. Colectivo [ ] C. Institucional [ ] D. Otro [ ]
3. Régimen: A. Contributivo [X] B. Subsidiado [ ]
4. Contribución Solidaria: S. [ ] No. [ ]
5. Tipo de Afiliado: A. Cotizante [X] B. Cabeza de familia [ ] C. Beneficiario [ ] D. Afiliado adicional [ ]
6. Tipo de cotizante: B. Independiente [X] E. Pensionado [ ]
7. Código de la EPS

II. DATOS BÁSICOS DE IDENTIFICACIÓN (del cotizante, cabeza de familia o beneficiario cuando aplique o afiliado adicional)

8. Apellidos y nombres: Moreno Baéz Luis Fernando
9. Tipo de documento de identidad: CC
10. Número de documento de identidad: 80023241
11. Sexo biológico: Femenino [ ] Masculino [X]
12. Sexo identificación: F [ ] M [X] T [ ] NB [ ] Otro [ ] Cual?
13. Nacionalidad: Colombiana
14. Lugar de nacimiento: Colombia Cundinamarca Bogotá
15. Fecha de nacimiento (Día Mes Año): 9-06-1979

III. DATOS COMPLEMENTARIOS (Datos personales)

16. Etnia
17. Comunidad
18. Discapacidad: Si [ ] No [X] Categoría de discapacidad
19. Tiene vivienda SISBEN: Si [ ] No [ ]
20. Clasificación SISBEN: Nivel [ ] Grupo [ ]
21. Grupo de población especial
22. Administradora de Riesgos Laborales - ARL: Colpatria
23. Administradora de Pensiones: Colfondos
24. Ingreso Base de cotización - IBC: 1.750.906
25. Tarifa Contribución Solidaria
26. Dirección: Tv 90D # 85-28
Teléfono: 3133033398
Correo Electrónico: luisfdomorenob@gmail.com
Cundinamarca
Bogota
Departamento
Municipio
Zona: Cabecera Municipal [X] Centro Poblado [ ] Rural Disperso [ ] Resto Rural [ ]

IV. DATOS DE IDENTIFICACIÓN DE LOS MIEMBROS DEL NÚCLEO FAMILIAR (Datos básicos de identificación del cónyuge o compañero (a) permanente del cotizante)

27. Apellidos y nombres: Primer Apellido | Segundo Apellido | Primer Nombre | Segundo Nombre
28. Tipo de documento de identidad
29. Número de documento de identidad
30. Sexo biológico: Femenino [ ] Masculino [ ]
31. Sexo identificación: F [ ] M [ ] T [ ] NB [ ] Otro [ ] Cual?
32. Nacionalidad
33. Lugar de Nacimiento: País | Departamento | Municipio
34. Fecha de nacimiento (Día Mes Año)

Datos básicos de identificación de los beneficiarios y de los afiliados adicionales

	35. Apellidos y nombres: Primer Apellido	Segundo Apellido	Primer Nombre	Segundo Nombre
B1	Primer Apellido	Segundo Apellido	Primer Nombre	Segundo Nombre
B2	Primer Apellido	Segundo Apellido	Primer Nombre	Segundo Nombre
B3	Primer Apellido	Segundo Apellido	Primer Nombre	Segundo Nombre
B4	Primer Apellido	Segundo Apellido	Primer Nombre	Segundo Nombre
B5	Primer Apellido	Segundo Apellido	Primer Nombre	Segundo Nombre

	36. Tipo de documento de identidad	37. No. del documento de identidad	38. Nacionalidad	39. Sexo biológico: Femenino	Masculino	40. Sexo identificación: F	M	T	NB	Otro	Cual?	41. Lugar de nacimiento: País	Departamento	Municipio	42. Fecha de nacimiento (Día Mes Año)
B1															
B2															
B3															
B4															
B5															

Datos complementarios del Beneficiario

	43. Parentesco	44. Etnia	45. Comunidad	46. Grupo de población especial	47. Tiene vivienda SISBEN: Si	NO	48. Clasificación SISBEN: Nivel	Grupo	49. Discapacidad: SI	NO	Categoría de discapacidad	50. Incapacidad permanente: SI	NO
B1													
B2													
B3													
B4													
B5						80023241							

	51. Datos de residencia: Departamento	Municipio/ Distrito	Cabecera Municipal	Centro Poblado	Rural disperso	Resto Rural	Teléfono fijo y/o celular	52. Valor de la UPC del afiliado adicional (a registrar por la EPS)
B1								
B2								
B3								
B4								
B5								

	Dirección	Localidad/Comuna	Correo Electrónico
B1			
B2			
B3			

COLFONDOS S.A. PENSIONES Y CESANTIAS

CERTIFICA QUE:

El(la) Señor(a) LUIS FERNANDO MORENO BAEZ identificado(a) con C.C No. 80.023.241, se encuentra afiliado(a) al Fondo Pensiones Obligatorias NIT 800.227.940-6.

Se expide la presente certificación a solicitud del afiliado(a) el día 16 de febrero del 2026.

El presente certificado es emitido como un archivo PDF y contiene una firma digitalizada válida para todos sus efectos de conformidad con lo dispuesto en la Ley 527 de 1999.

Cualquier inquietud adicional no dude en escribirnos a través de nuestro portal transaccional www.colfondos.com.co opción PQR's, o comuníquese con nuestro Contact Center a través de las siguientes líneas Bogotá 601 748 48 88, Barranquilla 605 386 98 88, Bucaramanga 607 698 58 88, Cali 602 489 98 88, Cartagena 605 694 98 88, Medellín 604 604 28 88 y en el resto del país 01 800 05 10000.

Juan Perea Ruiz
Gerente Cuentas y Recaudo

Hacienda

POSITIVA COMPAÑÍA DE SEGUROS

CERTIFICADO DE AFILIACIÓN

POSITIVA COMPAÑÍA DE SEGUROS S.A.

HACE CONSTAR QUE:

Verificada la base de datos de la afiliación en el Ramo de Riesgos Laborales se evidenció que, LUIS FERNANDO MORENO BAEZ identificado(a) con CC 80023241 registra la siguiente información.

Datos del empleador	Datos de la Relación Laboral
SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E - NI. 900959051	Fecha de inicio de cobertura: 20-02-2026 Estado Afiliación: ACTIVO Fecha inicio de contrato: 14-02-2026 Fecha fin de Contrato: 31-12-2026 Tipo Vinculación: TRABAJADOR INDEPENDIENTE Clase de Riesgo: 3

Esta certificación se expide en la ciudad de Bogotá D.C. a los 20 dia(s) del mes de Febrero de 2026.

Cordialmente,

GERENCIA DE AFILIACIONES Y NOVEDADES
POSITIVA COMPAÑÍA DE SEGUROS S.A.

DIAN

Formulario del Registro Único Tributario

001

2. Concepto 0 2 Actualización

4. Número de formulario 14954856022

(415)7707212489984(8020) 000001495485602 2

5. Número de Identificación Tributaria (NIT)	6. DV	12. Dirección seccional	14. Buzón electrónico
8 0 0 2 3 2 4 1	9	Impuestos de Bogotá 3 2	

IDENTIFICACIÓN

24. Tipo de contribuyente	25. Tipo de documento	26. Número de Identificación	
Persona natural o sucesión ilíquida 2	Cédula de Ciudadanía 1 3	8 0 0 2 3 2 4 1	

Lugar de expedición	28. País	29. Departamento	30. Ciudad/Municipio
COLOMBIA	1 6 9	Bogotá D.C. 1 1	Bogotá, D.C. 0 0 1

31. Primer apellido	32. Segundo apellido	33. Primer nombre	34. Otros nombres
MORENO	BAEZ	LUIS	FERNANDO

35. Razón social

36. Nombre comercial	37. Sigla

UBICACIÓN

38. País	39. Departamento	40. Ciudad/Municipio
COLOMBIA 1 6 9	Bogotá D.C. 1 1	Bogotá, D.C. 0 0 1

41. Dirección principal: TV 90 D 85 28

42. Correo electrónico: luisfdomorenob@gmail.com

43. Código postal	44. Teléfono 1	45. Teléfono 2
	3 1 1 6 0 0 0 9 8 7	4 3 8 0 6 8 2

CLASIFICACIÓN

Actividad económica						Ocupación	
Actividad principal		Actividad secundaria		Otras actividades			
46. Código	47. Fecha inicio actividad	48. Código	49. Fecha inicio actividad	50. Código 1	2	51. Código	52. Número establecimientos
8 6 9 9	2 0 1 4 1 2 1 5	7 2 2 0	2 0 1 4 1 2 2 2				

Responsabilidades, Calidades y Atributos

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26
4	9																								

53. Código

49 - No responsable de IVA

Usuarios aduaneros

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10

54. Código

11	12	13	14	15	16	17	18	19	20

Exportadores

55. Forma	56. Tipo	Servicio	1	2	3
		57. Modo			
		58. CPC			

IMPORTANTE: Sin perjuicio de las actualizaciones a que haya lugar, la inscripción en el Registro Único Tributario -RUT-, tendrá vigencia indefinida y en consecuencia no se exigirá su renovación

Para uso exclusivo de la DIAN

59. Anexos SI [ ] NO [X] 60. No. de Folios: 0

La información suministrada a través del formulario oficial de inscripción, actualización, suspensión y cancelación del Registro Único Tributario (RUT), deberá ser exacta y veraz; en caso de constatar inexactitud en alguno de los datos suministrados se adelantarán los procedimientos administrativos sancionatorios o de suspensión, según el caso. Parágrafo del artículo 1.6.1.2.6 del Decreto 1625 del 2016. De igual manera al formalizar el trámite el usuario fue informado y acepta la política de tratamiento de datos ley 1581 de 2012.

Firma del solicitante:

Sin perjuicio de las verificaciones que la DIAN realice.

Firma autorizada:

984. Nombre MORENO BAEZ LUIS FERNANDO

985. Cargo CONTRIBUYENTE

COPIA CERTIFICADO DOCUMENTO SIN COSTO