



**SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E**  
**APOYO - GESTIÓN 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: 2024-09-16

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

**YESSICA MERCEDES DELGADO COPETE**

NÚMERO DE DOCUMENTO DE IDENTIDAD:		1,010,177,360			
OBJETO DEL CONTRATO:	PRESTAR SERVICIOS COMO PROFESIONAL UNIVERSITARIO EN CIENCIAS SOCIALES Y HUMANAS O CIENCIAS DE LA SALUD PARA DESARROLLAR ACTIVIDADES EN EL PLAN DE SALUD PUBLICA DE INTERVENCIONES COLECTIVAS DE A SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E				
CONTRATO DE PRESTACION DE SERVICIOS PROFESIONALES No.	PS 4175 2024	FECHA INICIO CONTRATO	14/06/2024		
VALOR INICIAL DEL CONTRATO	\$ 2,665,424	PLAZO INICIAL DEL CONTRATO	VEINTE (20) DIAS		
VALOR TOTAL DEL CONTRATO INCLUIDO ADICIONES:	\$ 30,746,535	VALOR DE HONORARIOS PERÍODO A CERTIFICAR:	\$ 2,325,003		
Nº DE INFORME:	11	Nº CRP:	31764	Nº CDP:	1936
PLAZO TOTAL DEL CONTRATO INCLUIDO PRORROGAS	6 MESES 17 DIAS				
UNIDAD FUNCIONAL EJECUCIÓN DE ACTIVIDADES:	6PM CENTRO DE SALUD PRIMERA DE MAYO				
NOMBRE DEL SUPERVISOR:	LIDA ESPERANZA MONTENEGRO PARRA PROFESIONAL ESPECIALIZADO ÁREA DE LA SALUD CÓDIGO 242 GRADO 30				

**II. MODIFICACIONES CONTRACTUALES**

Nº DE MODIFICACIONES DEL CONTRATO:	7	TIPO DE MODIFICACIÓN	ADICIONES	7	PRORROGAS	6
VALOR ADICIONADO	\$ 5,736,456	CDP DE LA ADICIÓN:	2248	CRP DE LA ADICIÓN:	33702	TIEMPO PRORROGADO: 1 MES Y 1 DIA
VALOR ADICIONADO	\$ 5,998,204	CDP DE LA ADICIÓN:	2562	CRP DE LA ADICIÓN:	35964	TIEMPO PRORROGADO: 1 MES Y 15 DIAS
VALOR ADICIONADO	\$ 3,998,136	CDP DE LA ADICIÓN:	3170	CRP DE LA ADICIÓN:	42456	TIEMPO PRORROGADO: 1 MES
VALOR ADICIONADO	\$ 3,998,136	CDP DE LA ADICIÓN:	3525	CRP DE LA ADICIÓN:	43684	TIEMPO PRORROGADO: 1 MES
VALOR ADICIONADO	\$ 1,999,068	CDP DE LA ADICIÓN:	3954	CRP DE LA ADICIÓN:	47656	TIEMPO PRORROGADO: 16 DIAS
VALOR ADICIONADO	\$ 3,998,136	CDP DE LA ADICIÓN:	4011	CRP DE LA ADICIÓN:	48689	TIEMPO PRORROGADO: 30 DIAS
VALOR ADICIONADO	\$ 2,352,975	CDP DE LA ADICIÓN:	4170	CRP DE LA ADICIÓN:	51169	TIEMPO PRORROGADO:
VALOR ADICIONADO		CDP DE LA ADICIÓN:		CRP DE LA ADICIÓN:		TIEMPO PRORROGADO:
VALOR ADICIONADO		CDP DE LA ADICIÓN:		CRP DE LA ADICIÓN:		TIEMPO PRORROGADO:
VALOR ADICIONADO		CDP DE LA ADICIÓN:		CRP DE LA ADICIÓN:		TIEMPO PRORROGADO:
VALOR ADICIONADO		CDP DE LA ADICIÓN:		CRP DE LA ADICIÓN:		TIEMPO PRORROGADO:
VALOR ADICIONADO		CDP DE LA ADICIÓN:		CRP DE LA ADICIÓN:		TIEMPO PRORROGADO:
VALOR ADICIONADO		CDP DE LA ADICIÓN:		CRP DE LA ADICIÓN:		TIEMPO PRORROGADO:
VALOR ADICIONADO		CDP DE LA ADICIÓN:		CRP DE LA ADICIÓN:		TIEMPO PRORROGADO:
VALOR ADICIONADO		CDP DE LA ADICIÓN:		CRP DE LA ADICIÓN:		TIEMPO PRORROGADO:
VALOR ADICIONADO		CDP DE LA ADICIÓN:		CRP DE LA ADICIÓN:		TIEMPO PRORROGADO:
VALOR ADICIONADO		CDP DE LA ADICIÓN:		CRP DE LA ADICIÓN:		TIEMPO PRORROGADO:
VALOR ADICIONADO		CDP DE LA ADICIÓN:		CRP DE LA ADICIÓN:		TIEMPO PRORROGADO:
VALOR ADICIONADO		CDP DE LA ADICIÓN:		CRP DE LA ADICIÓN:		TIEMPO PRORROGADO:
VALOR ADICIONADO		CDP DE LA ADICIÓN:		CRP DE LA ADICIÓN:		TIEMPO PRORROGADO:
VALOR ADICIONADO		CDP DE LA ADICIÓN:		CRP DE LA ADICIÓN:		TIEMPO PRORROGADO:

**III. POLIZAS**

¿FACTÓ POLIZAS EN SU CONTRATO?	SI	NO	X
Nº DE PÓLIZA:	N/A	NOMBRE DE LA ASEGURADORA:	N/A
FECHA DE LA PÓLIZA	N/A	FECHA DE APROBACIÓN:	N/A

**IV. 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)

ÍTEM	
------	--

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: 1. Se participa en la instalacion de las nuevas consultivas de Comunidades Afrodescendientes en la localidad de Tunjuelito(2024/12/15) 2. Se participa en la Conmemoracion de la Mujeres afrocaribenas en Tunjuelito(2024/12/15) 3. PRODUCTO (EVIDENCIA): Actas y listado de asistencia
2	1. OBLIGACIÓN: Presentar mensualmente el cronograma de actividades a desarrollar. 2. ACTIVIDADES DESARROLLADAS: Diligenciamiento de cronograma personal del mes de diciembre 3. PRODUCTO (EVIDENCIA): Drive
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: Entrega de productos como la agenda estrategica, participacion en jornadas, sensibilizacion en instancias, espacios con comunidad 3. PRODUCTO (EVIDENCIA): Actas-listados de asistencia y Drive
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: Seguimiento mensual (2024/12/27) 3. PRODUCTO (EVIDENCIA): Acta y listado de asistencia
5	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. 2. ACTIVIDADES DESARROLLADAS: Se participa en la reunion de socializacion de los lineamientos 3-Diciembre 2024-22 Julio 2025(2024/12/09) 3. PRODUCTO (EVIDENCIA): Acta y listado de asistencia
6	1. OBLIGACIÓN: Desarrollar procesos de asistencia técnica desde los diferentes procesos del Plan de Intervenciones Colectivas conforme a su saber disciplinar y profesional, en función de los requerimientos de los entornos y procesos transversales 2. ACTIVIDADES DESARROLLADAS: Reunión de articulación kilombos de medicina ancestral Subred Sur (2024/12/19) 3. PRODUCTO (EVIDENCIA): Acta y listado de asistencia
7	1. OBLIGACIÓN: Realizar revisión y responder por los formatos, documentos, bases o informes generados como resultado de las acciones o intervenciones realizadas en cumplimiento a los anexos y lineamientos técnicos del convenio PSPIC vigente y suscrito entre el FDS y la Subred. 2. ACTIVIDADES DESARROLLADAS: Realizar los ajustes de las matrices y cronogramas de actividades(Ultima semana diciembre) 3. PRODUCTO (EVIDENCIA): Drive
8	1. OBLIGACIÓN: Participar y gestionar los acercamientos comunitarios e institucionales que se requieran, para el desarrollo de las acciones de cada Espacio y/o Proceso Transversal del PSPIC 2. ACTIVIDADES DESARROLLADAS: Se realizan acercamientos comunitarios e institucionales para la realizacion de articulaciones(Durante todo el mes) 3. PRODUCTO (EVIDENCIA): Acta y listado de asistencia
9	1. OBLIGACIÓN: Activar y notificar los eventos de interés en salud pública detectados en cada una de sus intervenciones 2. ACTIVIDADES DESARROLLADAS: Se realizara canalizaciones segun sea el caso(Durante el mes de diciembre) 3. PRODUCTO (EVIDENCIA): Formato y correo electronico
10	1. OBLIGACIÓN: Participar en las asistencias técnicas convocadas por SDS de acuerdo a los procesos asignados y conforme a las actividades, metas y productos establecidos en los anexos y lineamientos técnicos del convenio PSPIC vigente y suscrito entre el FDS y la Subred. 2. ACTIVIDADES DESARROLLADAS: Se participa en la asistencia tecnica para comunidades NARP(2024/12/27) 3. PRODUCTO (EVIDENCIA): Acta y listado de asistencia
11	1. OBLIGACIÓN: Organizar el archivo de la documentación generada de acuerdo a la normatividad y tabla de retención documental. 2. ACTIVIDADES DESARROLLADAS: Realizar cargue de los soportes al drive de la estrategia etnica para la gestion documental correspondiente al mes de noviembre(Ultima semana de diciembre) 3. PRODUCTO (EVIDENCIA): Acta y listado de asistencia
12	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 participa en la reunion de equipo del proceso de gestion y analisis de politicas(2024/12/16) 3. PRODUCTO (EVIDENCIA): Acta y listado de asistencia

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

No. DE PLANILLA:	8382439827	OPERADOR:	MI PLANILLA
CONCEPTO DEL PAGO	ENTIDAD	FECHA DE PAGO	VALOR PAGADO
SALUD:	COMPENSAR	9/12/2024	\$ 269,500
PENSIÓN:	COLPENSIONES	9/12/2024	\$ 344,900
RIESGOS LABORALES:	SURA	9/12/2024	\$ 52,600
OTRO			\$ -
<b>TOTAL PAGADO</b>			<b>\$ 667,000</b>

**VI. DECLARACIONES DEL CONTRATISTA**

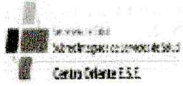
- 1.- Que desarrollé las actividades descritas en el informe anexo, dentro del periodo de cobro.
- 2.- Que realicé el pago de la Seguridad Social donde el IBC se calculó sobre el 40% de los ingresos cancelados del mes anterior pago del cual anexo copia simple, sin que en ningun caso el IBC sea menor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

**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 periodo correspondiente

*Yessica M Delgado Copete*  
**NOMBRE Y FIRMA DEL CONTRATISTA: YESSICA MERCEDES DELGADO COPETE**  
**CC: 1.010.177.360**  
**CEL 3004424267**



**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:** 6  
**FECHA:** 2024-09-16

**DATOS DEL CONTRATISTA**

**FECHA DE DILIGENCIAMIENTO:** 31/01/2025

<b>NOMBRES Y APELLIDOS:</b>	YESSICA MERCEDES DELGADO COPETE	<b>CC:</b>	1,010,177,360
		<b>RUT (NIT):</b>	1010177360-4
<b>CORREO ELECTRÓNICO:</b>	yessicamercedescopete@gmail.com	<b>TELÉFONO:</b>	3004424267
<b>DIRECCIÓN DOMICILIO:</b>	CL 4B 23A 46	<b>CIUDAD:</b>	BOGOTÁ

**Manifiesto bajo la gravedad del juramento que, en la declaración de renta del año gravable 2024.**

**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 )

<b>BANCO AL CUAL CONSIGNAR:</b>	BANCO CAJA SOCIAL	<b>TIPO DE CUENTA:</b>	AHORROS	<b>N° CUENTA:</b>	24041454154
<b>NOMBRE DEL BANCO (APLICA CUANDO EL BANCO NO SE ENCUENTRE EN LA LISTA DESPLEGABLE)</b>					

**NÚMERO DEL CONTRATO Y DATOS DE LA ÚLTIMA ADICIÓN (PERIODO OBJETO DE PAGO)**

<b>N° DEL CONTRATO:</b>	PS 4175 2024	<b>N° CDP:</b>	4011 - 4170	<b>N° RP:</b>	48689 - 51169	<b>PLAZO DEL CONTRATO INCLUIDAS PRORROGAS:</b> 6 MESES 17 DIAS
<b>FECHA DE INICIO CONTRATO</b>	14/06/2024	<b>FECHA DE TERMINACIÓN CONTRATO:</b>	31/12/2024		<b>TOTAL DEL CONTRATO INCLUIDO ADICIONES:</b>	\$ 30,746,535

**PERIODO OBJETO DE COBRO:** DEL 3/12/2024 AL 31/12/2024

**VALOR A PAGAR CORRESPONDIENTE AL PERIODO OBJETO DE COBRO EN (LETRAS Y NUMEROS)**  
\$ 2,325,003  
DOS MILLONES TRESCIENTOS VEINTICINCO MIL TRES PESOS

*Yessica M Delgado Copete*

**NOMBRE Y FIRMA DEL CONTRATISTA:** YESSICA MERCEDES DELGADO COPETE

**CC:** 1,010,177,360  
**CEL:** 3004424267



VALOR ADICIONADO		CDP DE LA ADICIÓN:		RP DE LA ADICIÓN:		TIEMPO PRORROGADO:	
VALOR ADICIONADO		CDP DE LA ADICIÓN:		RP DE LA ADICIÓN:		TIEMPO PRORROGADO:	
VALOR ADICIONADO		CDP DE LA ADICIÓN:		RP DE LA ADICIÓN:		TIEMPO PRORROGADO:	
VALOR ADICIONADO		CDP DE LA ADICIÓN:		RP DE LA ADICIÓN:		TIEMPO PRORROGADO:	
VALOR ADICIONADO		CDP DE LA ADICIÓN:		RP DE LA ADICIÓN:		TIEMPO PRORROGADO:	
VALOR ADICIONADO		CDP DE LA ADICIÓN:		RP DE LA ADICIÓN:		TIEMPO PRORROGADO:	
VALOR ADICIONADO		CDP DE LA ADICIÓN:		RP DE LA ADICIÓN:		TIEMPO PRORROGADO:	
VALOR ADICIONADO		CDP DE LA ADICIÓN:		RP DE LA ADICIÓN:		TIEMPO PRORROGADO:	

**III. POLIZAS (SI APLICA)**

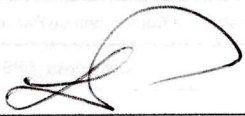
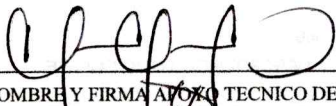
Nº DE PÓLIZA:	N/A	NOMBRE DE LA ASEGURADORA:	N/A
FECHA DE LA PÓLIZA	N/A	ACTO ADMINISTRATIVO DE APROBACIÓN:	N/A

**IV. 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 3/12/2024 al 31/12/2024

<b>FIRMA DE QUIEN CONVALIDA EL CUMPLIMIENTO DE LAS OBLIGACIONES PARA EL PRESENTE PERIODO DE PAGO:</b>	 NOMBRE Y FIRMA DEL SUPERVISOR: LIDA ESPERANZA MONTENEGRO PARRA CARGO: PROFESIONAL ESPECIALIZADO ÁREA DE LA SALUD CÓDIGO 242 GRADO 30
	 NOMBRE Y FIRMA APOYO TECNICO DEL SUPERVISOR: MAYRA MILENA JARAMILLO QUIROZ PERFIL: PROFESIONAL ESPECIALIZADO REFERENTE DE GESTION

Compensar operador de información certifica que procesó el pago realizado por:

**Señor(a):** YESSICA MERCEDES DELGADO COPETE  
**No. Identificación:** CC1010177360  
**Dirección:** CL 4 B 23 A 46  
**Telefono:** 6017722473  
**Correo:** YESSICA51592@HOTMAIL.COM  
**Ciudad:** BOGOTÁ, D.C.  
**Número de Planilla:** 8382439827

CITE EL NÚMERO DE PLANILLA PARA CUALQUIER CONSULTA DE PAGO

Nombre Aportante	YESSICA MERCEDES DELGADO COPETE
Tipo y número de identificación	CC1010177360
Número de planilla	8382439827
Fecha pago	2024-12-09
Número de autorización pago	82439827
Banco	1052

Número de Empleados	1
Periodo de Cotización Salud	noviembre de 2024
Periodo de Cotización Pensión	noviembre de 2024
Número de Administradoras	3
Total Pagado	667000
Total Intereses de Mora	0

CÓDIGO ADMINISTRADORA	NOMBRE	TOTAL PAGADO	NÚMERO DE AFILIADOS
14-11	ARL SURA	52600	1
25-14	Administradora Colombiana de Pensiones - Colpensiones	344900	1
EPS008	Compensar EPS	269500	1

TIPO DOC.: CC  
 NO. DOCUMENTO: 1010177360  
 APELLIDOS Y NOMBRES: YESSICA MERCEDES DELGADO COPETE

Cód. EPS	Cód. AFP	IBC SALUD	IBC PENSIÓN	IBC RIESGOS	IBC CAJAS	COTIZACIÓN SALUD	VALOR UPC	COTIZACIÓN PENSIÓN	FONDO SOLIDARIDAD Y SUBSISTENCIA	COTIZACIÓN RIESGOS	APORTE CAJAS
EPS008	25-14	2155516	2155516	2155516	0	269500	0	344900	0	52600	0



### COMPROBANTE PAGO PLANILLA ASISTIDA PILA

Número de identificación del Aportante / Pin Único  
**1010177360**

Valor a Pagar S: **667.000**

Si usted va a realizar el pago con el número de Planilla, diligencie esta sección:

<b>PAGO CON NÚMERO DE PLANILLA</b>									
Número de Planilla	8	2	4	3	9	8	2	7	

Si usted va a realizar el pago con Pin Único, diligencie esta sección:

<b>PAGO CON PIN ÚNICO</b>									
Operador de Información: _____									
Período de Cotización a Pagar: Año <b>2024</b> Mes <b>11</b>									

AVV 028 20241209 10:09 5C1089 LINEA D  
VR PAGADO: **667.000.00**  
NOMBRE: COMPENSAR  
CLAVE: 8382439827 PERIODO: 202411  
ID: 1010177360  
Fecha Aplicación: 20241209 PIN: 100911  
Estimado cliente: Verifique los datos de su pago. Después de retirarse de la ventanilla no se aceptan reclamos.

CAP-PRO-0935VZ

ESTIMADO CLIENTE:  
VERIFIQUE QUE LA INFORMACIÓN IMPRESA EN EL COMPROBANTE SEA CORRECTA Y QUE EL VALOR REGISTRADO CORRESPONDA AL VALOR ORDENADO POR USTED. EL BANCO NO TENDRÁ COPIA DE ESTE FORMATO. EL SOPORTE DE LA TRANSACCIÓN SERÁ EL REGISTRO EN EL SISTEMA. RECUERDE QUE ESTE SERÁ EL ÚNICO SOPORTE FÍSICO DE SU TRANSACCIÓN. CONSERVELO PARA CUALQUIER VERIFICACIÓN.