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: (31-12-2025)					
NOMBRES Y APELLIDOS:	**IBETH JOHANA SIERRA CAITA**			**CC:**	**1019054950**
CORREO ELECTRÓNICO:	**ibethjohana15@gmail.com**			**TELÉFONO:**	**3053110732**
DIRECCIÓN DOMICILIO:	**CL 154 88 71**			**CIUDAD:**	**BOGOTA**
BANCO AL CUAL CONSIGNAR:	**BANCO DAVIVIENDA S.A.**	**TIPO DE CUENTA:**	**AHORROS**	**N° CUENTA:**	**008400745652**
DATOS DEL CONTRATO O ADICION Y PERIODO OBJETO DE PAGO					
Nº DEL CONTRATO:	**PS 6896 2025**	**VALOR CORRESPONDIENTE AL PERIODO OBJETO DE COBRO**			**$ 4.195.200**
FECHA DE INICIO CONTRATO	**2025/10/01**	**FECHA DE TERMINACIÓN CONTRATO:**			**2026/01/31**
PERIODO OBJETO DE COBRO:	**DEL 2025/12/01 AL 2025/12/31**				

IBETH JOHANA SIERRA CAITA
PS_6896_2025_017AFE

NOMBRE Y FIRMA DEL CONTRATISTA:
IBETH JOHANA SIERRA CAITA
CC: 1019054950
CEL: 3053110732

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			
IBETH JOHANA SIERRA CAITA			
	CON C.C N°	**1.019.054.950**	
OBJETO DEL CONTRATO:	PRESTAR SERVICIOS PROFESIONALES EN TRABAJO SOCIAL 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 6896 2025**	**FECHA INICIO CONTRATO**	**2025/10/01**
VALOR INICIAL DEL CONTRATO	$ 4.195.200	**No. HORAS EJECUTADAS**	**184**
VALOR TOTAL DEL CONTRATO INCLUIDO ADICIONES:	$ 20.702.400	**VALOR DE HONORARIOS PERÍODO A CERTIFICAR:**	$ 4.195.200
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	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: Realizar acciones en el producto 59 entornos inspiradores son más bienestar en las seis localidades de la subred centro oriente, en los entornos priorizados, procesos de gestión sectorial e intersectorial, iniciativas comunitarias y demás actividades descritas en el documento operativo. 1.2. PRODUCTO (EVIDENCIA): Actas de gestión, correos u oficios, formatos de asistencia y formatos de sesiones colectivas.
2	2. OBLIGACIÓN: Presentar mensualmente el cronograma de actividades a desarrollar. 2.1. ACTIVIDADES DESARROLLADAS: Se presenta cronograma actualizado correspondiente al mes de Diciembre 2025 por medio magnético en el drive dispuesto por las supervisión de contrato. 2.2. PRODUCTO (EVIDENCIA): Cronograma en formato digital actualizado periódicamente.
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: Generar procesos de gestión sectorial e intersectorial para disminuir los factores de riesgo evidenciados en los entornos escolares, continuar con acciones de seguimiento en los entornos del periodo anterior. 3.2. PRODUCTO (EVIDENCIA): Actas de soporte de gestión, correos u oficios que soporten dicha actividad.
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: Se realiza apoyo a las acciones y actividades que hacen parte del objeto contractual del entorno de bienestar educativo correspondientes al mes de Diciembre 2025. 4.2. PRODUCTO (EVIDENCIA): Listados de actas con firma de participación en las actividades del entorno de bienestar educativo.
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: Se ejecuta el número de actividades proyectadas en el plan de acción para el mes de Diciembre 2025 en cumplimiento a las actividades señaladas en el documento operativo de la actual vigencia. 5.2. PRODUCTO (EVIDENCIA): Actas de soporte de acciones de gestión sectorial e intersectorial, formatos de sesiones colectivas y matriz de síntesis de gestiones.
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: Durante el mes de Diciembre 2025 no se realiza apropiación conceptual , teniendo en cuenta que la vigencia inició en Octubre 2025. 6.2. PRODUCTO (EVIDENCIA): No se cuenta con soporte debido a que no se realizó apropiación.
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 a los lineamientos técnicos de los entornos y procesos transversales del convenio interadministrativo PSPIC. 7.1. ACTIVIDADES DESARROLLADAS: Participación en reunión de pre auditoría, gestión de necesidades de los entornos priorizados y acciones pertinentes en los entornos de acuerdo a los riesgos identificados y las solicitudes recibidas. 7.2. PRODUCTO (EVIDENCIA): Actas, soporte de gestión de necesidades y matriz de sistematización de la gestión.

8	8. OBLIGACIÓN: Notificar los eventos de interés en salud pública detectados en cada una de sus intervenciones. 8.1. ACTIVIDADES DESARROLLADAS: Para el mes de Diciembre de 2025 no se encontraron eventos de interés en salud pública que requieran ser notificados. 8.1. PRODUCTO (EVIDENCIA): No se cuenta con soporte debido a que no se encuentran eventos para notificar
9	9. OBLIGACIÓN: Organizar el archivo de la documentación generada de acuerdo a la normatividad y tabla de retención documental. 9.1. ACTIVIDADES DESARROLLADAS: Durante el mes de Diciembre 2025 se genera jornada de organización o gestión documental . 9.2. PRODUCTO (EVIDENCIA): Se realiza actualización del FUID
10	10. 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. 10.1. ACTIVIDADES DESARROLLADAS: Se genera cumplimiento a las actividades transversales pertinentes de acuerdo a la ejecución del producto. 10.2. PRODUCTO (EVIDENCIA): Actas, formatos de sesiones colectivas , Canalizaciones
11	11. 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. 11.1. ACTIVIDADES DESARROLLADAS: Se genera cumplimiento a las actividades transversales pertinentes de acuerdo a la ejecución del producto. 11.2. PRODUCTO (EVIDENCIA): Actas, formatos de sesiones colectivas , Canalizaciones
12	12. OBLIGACIÓN: Realizar las demás obligaciones que se relacionen con el objeto del contrato y que sean requeridas por la supervisión. 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 (2025-12-01) AL (2025-12-31)

IV. INFORMACIÓN DE APORTES A SEGURIDAD SOCIAL

No. DE PLANILLA:	N° 92233016	OPERADOR:	MI PLANILLA

CONCEPTO DEL PAGO	ENTIDAD	FECHA DE PAGO	VALOR PAGADO
SALUD:	COMPENSAR	2025/12/10	$ 307.900
PENSIÓN:	PROTECCION	2025/12/10	$ 394.100
RIESGOS LABORALES:	SURA	2025/12/10	$ 60.000
OTRO			
TOTAL PAGADO			$ 762.000

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	 *IBETH JOHANA SIERRA CAITA* *PS_6896_2025_017AFE* **IBETH JOHANA SIERRA CAITA** **CC: 1019054950**

FIRMA DE QUIEN VALIDA	*YOHNNY LIRIOLA HERNANDEZ GARCIA* *PS_6896_2025_017AFE* **YOHNNY LIRIOLA HERNANDEZ GARCIA** **SUPERVISOR ALTERNO**
FIRMA DE QUIEN CONVALIDA EL CUMPLIMIENTO DE LAS OBLIGACIONES PARA EL PRESENTE PERIODO DE PAGO	*LIDA ESPERANZA MONTENEGRO PARRA* *PS_6896_2025_017AFE* **LIDA ESPERANZA MONTENEGRO PARRA** **SUPERVISOR DEL CONTRATO**

compensar | miplanilla.com

PLANILLA INTEGRADA DE AUTOLIQUIDACION DE APORTES

DATOS DEL APORTANTE						
TIPO	NÚMERO	NOMBRE APORTANTE	DIRECCIÓN	TELÉFONO	CORREO	EXONERADO PAGO PARAFISCALES Y SALUD
CC	1019054950	IBETH JOHANA SIERRA CAITA	CL 154 88 85	0000000	johanasierrasco2023@gmail.com	
FORMA PRESENTACIÓN	CLASE APORTANTE	NOMBRE SUCURSAL / CÓDIGO	DEPARTAMENTO	CIUDAD / MUNICIPIO		
ÚNICA	I – Independiente		BOGOTÁ D. C.	BOGOTÁ, D.C.		NO

DATOS DE LA PLANILLA						
PLANILLA ASOCIADA	FECHA PAGO ASOCIADA (DIA/MES/AÑO)	TIPO PLANILLA	FECHA PAGO (DIA/MES/AÑO)	NÚMERO PLANILLA	CANTIDAD	
					EMPLEADOS	UPC
					1	0
PERIODO SALUD	PERIODO PENSIONES				TOTAL A PAGAR	
2025-11	2025-11	I	10/12/2025	92233016	$776.800	

TOTALES POR SUBSISTEMAS

TOTALES SALUD

Código EPS	Nombre	NIT	Cotización Obligatoria	UPC Adicional	Incapacidades		Licencia Maternidad		Días Mora	Valor Mora Cotización	Valor Mora UPC	Total a Pagar	No. Afiliados
					No. Autorización	Valor	No. Autorización	Valor					
EPS008	Compensar EPS	860066942-7	307.900	0		0		0	0	0	0	307.900	1

TOTALES PENSIÓN

Código AFP	Nombre	NIT	Cotización Obligatoria	Aporte Voluntario Afiliado	Aporte Voluntario Aportante	Aporte FSP - Solidaridad	Aporte FSP - Subsistencia	Días Mora	Valor Mora Cotización	Valor Mora FSP	Total a Pagar	No. Afiliados
230201	Proteccion (ING + Proteccion)	800229739-0	394.100	0	0	0	0	0	0		394.100	1

TOTALES RIESGOS LABORALES

Código ARL	Nombre	NIT	Cotización Obligatoria	Incapacidades		Aportes Otros Sistemas	Valor Neto Cotización	Días Mora	Valor Mora Cotización	Subtotal Cotización	No. Radicado Saldo a Favor	Valor Saldo a Favor	Fondo Solidaridad	Total a Pagar	No. Afiliados
				No. Autorización	Valor										
14-11	ARL SURA	890903790-5	60.000				60.000	0	0	60.000			600	60.000	1

TOTALES CAJAS

Código CCF	Nombre	NIT	Valor Aporte	Días Mora	Valor Mora Aporte	Total a Pagar	No. Afiliados
CCF24	Compensar Caja	860066942-7	14.800	0	0	14.800	1

TOTALES PARAFISCALES

Valor Aporte	Días Mora	Valor Mora Aporte	Total a Pagar	No. Afiliados
SENA				
0	0	0	0	0
ICBF				
0	0	0	0	0
ESAP				
MEN				

TOTALES POR SUBSISTEMA

Tipo Administradora	No. Administradoras Reportadas	Valor antes de IGE, LMA, IRP y Mora	Total a Pagar
Salud	1	307.900	307.900
Pensión	1	394.100	394.100
Riesgos Laborales	1	60.000	60.000
CCF	1	14.800	14.800
ESAP	0	0	0
ICBF	0	0	0
MEN	0	0	0
SENA	0	0	0
TOTALES	4	776.800	776.800

PAGADA

Este documento está clasificado como PRIVADO por parte de Compensar Operador de Información

compensar | miplanilla.com

PLANILLA INTEGRADA DE AUTOLIQUIDACION DE APORTES

DATOS DEL APORTANTE						
TIPO	NÚMERO	NOMBRE APORTANTE		DIRECCIÓN	TELÉFONO	CORREO
CC	1019054950	IBETH JOHANA SIERRA CAITA		CL 154 88 85	0000000	johanasierrasco2023@gmail.com
FORMA PRESENTACIÓN	CLASE APORTANTE	NOMBRE SUCURSAL	CÓDIGO	DEPARTAMENTO	CIUDAD / MUNICIPIO	EXONERADO PAGO PARAFISCALES Y SALUD
ÚNICA	I – Independiente			BOGOTÁ D. C.	BOGOTÁ, D.C.	NO

DATOS DE LA PLANILLA						
PLANILLA ASOCIADA	FECHA PAGO ASOCIADA (DIA/MES/AÑO)	TIPO PLANILLA	FECHA PAGO (DIA/MES/AÑO)	NÚMERO PLANILLA	CANTIDAD	
					EMPLEADOS	UPC
					1	0
PERIODO SALUD	PERIODO PENSIONES				TOTAL A PAGAR	
2025-11	2025-11	I	10/12/2025	92233016	$776.800	

DETALLE POR COTIZANTE

INFORMACIÓN COTIZANTE									INFORMACIÓN NOVEDADES																		PENSIÓN							SALUD			RIESGOS LABORALES				CCF			PARAFISCALES					
No.	Tipo	No. de Identificación	Apellidos y Nombres	Cotizante	Subtipo	Extranjero	Colom. exterior	Estudiante	ING	RET	TDE	TAE	TDP	TAP	VSP	VST	SLN	IGE	LMA	VAC	AVP	VCT	IRL	CORRECCIÓN	Cód. AFP	IBC AFP	Cotización	Voluntario Afiliado	Voluntario Aportante	Fondo pensional de solidaridad	Fondo pensional de subsistencia	Cód. EPS	IBC EPS	Cotización / Valor UPC	Cód. ARL	IBC ARL	Clase de Riesgo	Cotización	Código CCF	IBC CCF	Aporte CCF	IBC otros parafiscales	Aporte SENA	Aporte ICBF	Aporte ESAP	Aporte MEN
1	CC	1019054950	SIERRA CAITA IBETH JOHANA	59	0			N																	230201	2.462.800	394.100	0	0	0	0	EPS008	2.462.800	307.900	14-11	2.462.800	3	60.000	CCF24	2.462.800	14.800	0	0	0	0	0

PAGADA

Este documento está clasificado como PRIVADO por parte de Compensar Operador de Información

¡Hola, Johana Sierra !

Estado de la Transacción: Aprobada



Los siguientes son los datos de tu transacción:

Valor: $ 776.800

Empresa: COMPENSAR-01

Descripción: MiPlanilla.com Pago Proteccion Social

Fecha de la transacción: 09/12/2025

CUS: 1994591567

Gracias por utilizar nuestro servicio.

Ten encuenta estos tips de seguridad:

- Usa dispositivos personales o de confianza para realizar tus pagos.
- No abras enlaces sospechosos.
- Cambia tus contraseñas con regularidad.
- Digita manualmente la URL del portal de tu entidad financiera.
- Recuerda que PSE nunca te contactará para solicitarte información personal.

Para mayor información comunícate con nosotros:

En Bogotá: +57 (601) 3808890 Opción 5

Contáctanos: https://www.pse.com.co/persona-centro-de-ayuda

VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA
ACH COLOMBIA S.A.

Un servicio de ach COLOMBIA

ACH Colombia Oficial
@ACHColombia_
ACHColombiaOficial
ACH Colombia Oficial

Powered by CamScanner

1 Información general
2 Condiciones
3 Bienes y servicios
4 Documentos del Proveedor
5 Documentos del contrato
6 Información presupuestal
7 **Ejecución del Contrato**
8 Modificaciones del Contrato
9 Incumplimientos

Cancelar

< Evaluación de la Entidad Estatal >

VER CONTRATO

Ejecución del Contrato

○ Porcentaje ○ Recepción de artículos

Plan de Pagos

¿Se requieren emisiones de códigos de autorización? ○ Sí ◉ No

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 6896 2025 CUENTA DE COBRO OCTUBRE 2025.pdf	PS 6896 2025 CUENTA DE COBRO OCTUBRE 2025.pdf	Proveedor	Descargar	Detalle
☐	PS 6896 2025 CUENTA DE COBRO NOVIEMBRE 2025.pdf	PS 6896 2025 CUENTA DE COBRO NOVIEMBRE 2025.pdf	Proveedor	Descargar	Detalle

Borrar Cargar nuevo

Cancelar

< Evaluación de la Entidad Estatal >