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:	**PAOLA ANDREA CASTELLANOS CASTELLANOS**			**CC:**	**1023928673**
CORREO ELECTRÓNICO:	**paolacastellanos2013@gmail.com**			**TELÉFONO:**	**3227322136**
DIRECCIÓN DOMICILIO:	**KR 5 BIS ESTE 47 18 SUR**			**CIUDAD:**	**BOGOTA**
BANCO AL CUAL CONSIGNAR:	**BANCO DAVIVIENDA S.A.**	**TIPO DE CUENTA:**	**AHORROS**	**N° CUENTA:**	**488440382437**
DATOS DEL CONTRATO O ADICION Y PERIODO OBJETO DE PAGO					
Nº DEL CONTRATO:	**PS 6865 2025**	**VALOR CORRESPONDIENTE AL PERIODO OBJETO DE COBRO**			**$ 638.400**
FECHA DE INICIO CONTRATO	**2025/10/01**	**FECHA DE TERMINACIÓN CONTRATO:**			**2026/01/31**
PERIODO OBJETO DE COBRO:	**DEL 2025/11/24 AL 2025/11/28**				

PAOLA ANDREA CASTELLANOS CASTELLANOS
PS_6865_2025_C39B7F

NOMBRE Y FIRMA DEL CONTRATISTA:
PAOLA ANDREA CASTELLANOS CASTELLANOS
CC: 1023928673
CEL: 3227322136

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			
PAOLA ANDREA CASTELLANOS CASTELLANOS			
	CON C.C N°	**1.023.928.673**	
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 6865 2025**	**FECHA INICIO CONTRATO**	**2025/10/01**
VALOR INICIAL DEL CONTRATO	$ 4.195.200	**No. HORAS EJECUTADAS**	**28**
VALOR TOTAL DEL CONTRATO INCLUIDO ADICIONES:	$ 19.927.200	**VALOR DE HONORARIOS PERÍODO A CERTIFICAR:**	$ 638.400
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.OBLIGACION: 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: Intervenciones colectivas e individuales referentes a la estrategia Familias con Mas Bienestar desarrolladas en colegios priorizados y no priorizados . 1.2 ENTREGABLES: Formato de sesiones colectivas.
2	2. OBLIGACION: Presentar mensualmente el cronograma de actividades a desarrollar. 2.1 ACTIVIDADES DESARROLLADAS: Entrega de cronograma mensual acorde a las actividades realizadas para el producto Cuidado continuo para una vida con Bienestar, estrategia Familias más bienestar, debidamente actualizada de manera periodica. 2.2 ENTREGABLES: Cronograma digital
3	3. OBLIGACION: 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: Cumplimiento de las actividades demandadas por la estrategia Familias con Más Bienestar. 3.2 ENTREGABLES: Formato de sesiones colectivas Actas, Fotos y listado de asistencia.
4	4. OBLIGACION: 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 de socialización localidad Antonio Nariño. 4.2 ENTREGABLES: Actas y listado de asistencia.
5	5. OBLIGACION: 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: Llevar a cabo las intervenciones, actividades y obligaciones dadas según el lineamiento técnico para dar cumplimiento a los objetivos planteados en el producto Cuidado continuo por una vida con Bienestar. 5.2 ENTREGABLES: Formato de sesiones colectivas Drive y tableros mensuales Informes y Actas
6	6. OBLIGACION: 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: Realización y apropiación conceptual de los correspondientes lineamientos. 6.2 ENTREGABLES: Actas.
7	7. OBLIGACION: 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: Seguimiento a las acciones y preauditoria de las evidencias desarrolladas durante el mes . Actualización de tablero de control y población abordada. 7.2: ENTREGABLES: Actas y listado de asistencia
8	8. OBLIGACION: Notificar los eventos de interés en salud pública detectados en cada una de sus intervenciones. 8.1 ACTIVIDADES DESARROLLADAS: Remitir o canalizar eventos que se consideren de interés a las áreas o supervisiones correspondientes para su intervención oportuna. 8.2 ENTREGABLES: Soporte requerido
9	9. OBLIGACION: 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 establecida. 9.2 ENTREGABLES: Cajas de organización y archivo FUID
	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: Cumplimiento con el envío de canalizaciones requeridas por el producto, elaboración de informes y demás, que sean solicitados para el desarrollo

10	efectivo del lineamiento. 10.2 ENTREGABLES: Ficha de canalizaciones
11	11. OBLIGACION: 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: Llevar a cabo un proceso eficiente y de calidad en cada obligación función del producto correspondiente para mitigar causales de glosas en el entorno. 11.2: ENTREGABLES: Soporte requerido
12	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: Realizar acciones y actividades requeridas de acuerdo a la necesidad del contrato. . 12.2: ENTREGABLES: Soporte requerido

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 (2025-11-24) AL (2025-11-28)

IV. INFORMACIÓN DE APORTES A SEGURIDAD SOCIAL

No. DE PLANILLA:	N° 9496284830	OPERADOR:	APORTES EN LINEA

CONCEPTO DEL PAGO	ENTIDAD	FECHA DE PAGO	VALOR PAGADO
SALUD:	SALUD TOTAL	2025/12/11	$ 208.700
PENSIÓN:	COLFONDOS	2025/12/11	$ 267.100
RIESGOS LABORALES:	SURA	2025/12/11	$ 40.700
OTRO			
TOTAL PAGADO			$ 516.500

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	*PAOLA ANDREA CASTELLANOS CASTELLANOS* *PS_6865_2025_C39B7F* **PAOLA ANDREA CASTELLANOS CASTELLANOS** **CC: 1023928673**
FIRMA DE QUIEN VALIDA	*KATERINE ANDREA OSPINA DIAZ* *PS_6865_2025_C39B7F* **KATERINE ANDREA OSPINA DIAZ** **SUPERVISOR ALTERNO**

FIRMA DE QUIEN CONVALIDA EL CUMPLIMIENTO DE LAS OBLIGACIONES PARA EL PRESENTE PERIODO DE PAGO	*LIDA ESPERANZA MONTENEGRO PARRA* *PS_6865_2025_C39B7F* **LIDA ESPERANZA MONTENEGRO PARRA** **SUPERVISOR DEL CONTRATO**

aportes en línea

Resumen General de Pago

DATOS GENERALES DEL APORTANTE

Identificación	dv	Razon Social	Clase Aportante	Sucursal Principal	Direccion	Ciudad-Departamento	Teléfono	Exonerado SENA e ICBF
CC 1023928673		CASTELLANOS CASTELLANOS PAOLA ANDREA	INDEPENDIENTE	PRINCIPAL	cra5 #47 18sur	BOGOTA-BOGOTA D.E.	3717247	No

DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION

Periodo		Clave		Tipo	Fecha		Pago		
Pensión	Salud	Pago	Planilla	Planilla	Limite	Pago	Banco	Dias Mora	Valor
2025-10	2025-10	1925637737	9494020212	I	2025/11/20	2025/11/13	BANCO DAVIVIENDA	0	$544,000

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)					$1,650,848	$264,200			$1,650,848	$206,400			$1,650,848	$33,100			$1,650,848	$40,300		$0	$0
Centro de Trabajo: PRINCIPAL (1 Afiliados)					$1,650,848	$264,200			$1,650,848	$206,400			$1,650,848	$33,100			$1,650,848	$40,300		$0	$0
Ciudad: BOGOTA Depto: BOGOTA D.E. (1 Afiliados)					$1,650,848	$264,200			$1,650,848	$206,400			$1,650,848	$33,100			$1,650,848	$40,300		$0	$0
1	CC 1023928673	CASTELLANOS PAOLA	231001	30	$1,650,848	$264,200	EPS002	30	$1,650,848	$206,400	CCF24	30	$1,650,848	$33,100	14-11	30	$1,650,848	$40,300	30	$0	$0
Total Afiliados(1)					$1,650,848	$264,200			$1,650,848	$206,400			$1,650,848	$33,100			$1,650,848	$40,300		$0	$0

Scanned with CamScanner

aportes en línea

Resumen General de Pago

DATOS GENERALES DEL APORTANTE

Identificación	dv	Razon Social	Clase Aportante	Sucursal Principal	Direccion	Ciudad-Departamento	Teléfono	Exonerado SENA e ICBF
CC 1023928673		CASTELLANOS CASTELLANOS PAOLA ANDREA	INDEPENDIENTE	PRINCIPAL	cra5 #47 18sur	BOGOTA-BOGOTA D.E.	3717247	No

DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION

Periodo		Clave		Tipo	Fecha		Pago		
Pensión	Salud	Pago	Planilla	Planilla	Limite	Pago	Banco	Dias Mora	Valor
2025-10	2025-10	1925637737	9494020212	I	2025/11/20	2025/11/13	BANCO DAVIVIENDA	0	$544,000

RESUMEN DE PAGO

RIESGO	CODIGO	NIT	DV	AFILIADOS	VALOR LIQUIDADO	INTERESES MORA	SALDOS E INCAPACIDADES	VALOR A PAGAR
AFP (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$264,200	$0	$0	$264,200
COLFONDOS	231001	800,227,940	6	1	$264,200	$0	$0	$264,200
ARL (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$40,300	$0	$0	$40,300
ARL SURA	14-11	890,903,790	5	1	$40,300	$0	$0	$40,300
CCF (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$33,100	$0	$0	$33,100
COMPENSAR	CCF24	860,066,942	7	1	$33,100	$0	$0	$33,100
EPS (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$206,400	$0	$0	$206,400
SALUD TOTAL	EPS002	800,130,907	4	1	$206,400	$0	$0	$206,400
TOTAL				1	$544,000	$0	$0	$544,000

Scanned with CamScanner

DAVIVIENDA

Pago PSE

Resultado de su transacción

Código único CUS
1925637737

Destino de pago
APORTES EN LINEA

Motivo
Pago de la Planilla de aportes con clave: 9494020212

Fecha
13/11/2025

Número de aprobación
00637737

Dirección IP
172.225.250.111

Valor transacción
$ 544.000,00

Costo de la transacción
$ 0,00 IVA incluido

Referencia 1	Referencia 2	Referencia 3
172.225.250.111	CC	1023928673

VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA Banco Davivienda S.A. Todos los derechos reservados 2017. DAVIVIENDA

DAVIVIENDA

Pago PSE

Resultado de su transacción

Código único CUS
1936585502

Destino de pago
APORTES EN LINEA

Motivo
Pago de la Planilla de aportes con clave: 9494791311

Fecha
18/11/2025

Número de aprobación
00585502

Dirección IP
172.225.250.116

Valor transacción
$ 5.900,00

Costo de la transacción
$ 0,00 IVA incluido

Referencia 1	Referencia 2	Referencia 3
172.225.250.116	CC	1023928673

VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA Banco Davivienda S.A. Todos los derechos reservados 2017. DAVIVIENDA

aportes en línea

Resumen General de Pago

DATOS GENERALES DEL APORTANTE

Identificación	dv	Razon Social	Clase Aportante	Sucursal Principal	Direccion	Ciudad-Departamento	Teléfono	Exonerado SENA e ICBF
CC 1023928673		CASTELLANOS CASTELLANOS PAOLA ANDREA	INDEPENDIENTE	PRINCIPAL	cra5 #47 18sur	BOGOTA-BOGOTA D.E.	3717247	No

DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION

Periodo		Clave		Tipo	Fecha		Pago		
Pensión	Salud	Pago	Planilla	Planilla	Limite	Pago	Banco	Dias Mora	Valor
2025-10	2025-10	1936585502	9494791311	N	2025/11/20	2025/11/18	BANCO DAVIVIENDA	0	$5,900

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)					$18,122	$2,900			$18,122	$2,300			$18,122	$300			$18,122	$400		$0	$0
Centro de Trabajo: PRINCIPAL (1 Afiliados)					$18,122	$2,900			$18,122	$2,300			$18,122	$300			$18,122	$400		$0	$0
Ciudad: BOGOTA Depto: BOGOTA D.E. (1 Afiliados)					$18,122	$2,900			$18,122	$2,300			$18,122	$300			$18,122	$400		$0	$0
1	CC	1023928673 CASTELLANOS PAOLA	231001	30	($1,650,848)	($264,200)	EPS002	30	($1,650,848)	($206,400)	CCF24	30	($1,650,848)	($33,100)	14-11	30	($1,650,848)	($40,300)	30	$0	$0
2	CC	1023928673 CASTELLANOS PAOLA	231001	30	$1,668,970	$267,100	EPS002	30	$1,668,970	$208,700	CCF24	30	$1,668,970	$33,400	14-11	30	$1,668,970	$40,700	30	$0	$0
Total		**Afiliados(1)**			$18,122	$2,900			$18,122	$2,300			$18,122	$300			$18,122	$400		$0	$0

Scanned with CamScanner

aportes en línea

Resumen General de Pago

DATOS GENERALES DEL APORTANTE

Identificación	dv	Razon Social	Clase Aportante	Sucursal Principal	Direccion	Ciudad-Departamento	Teléfono	Exonerado SENA e ICBF
CC 1023928673		CASTELLANOS CASTELLANOS PAOLA ANDREA	INDEPENDIENTE	PRINCIPAL	cra5 #47 18sur	BOGOTA-BOGOTA D.E.	3717247	No

DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION

Periodo		Clave		Tipo	Fecha		Pago		
Pensión	Salud	Pago	Planilla	Planilla	Limite	Pago	Banco	Dias Mora	Valor
2025-10	2025-10	1936585502	9494791311	N	2025/11/20	2025/11/18	BANCO DAVIVIENDA	0	$5,900

RESUMEN DE PAGO

RIESGO	CODIGO	NIT	DV	AFILIADOS	VALOR LIQUIDADO	INTERESES MORA	SALDOS E INCAPACIDADES	VALOR A PAGAR
AFP (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$2,900	$0	$0	$2,900
COLFONDOS	231001	800,227,940	6	1	$2,900	$0	$0	$2,900
ARL (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$400	$0	$0	$400
ARL SURA	14-11	890,903,790	5	1	$400	$0	$0	$400
CCF (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$300	$0	$0	$300
COMPENSAR	CCF24	860,066,942	7	1	$300	$0	$0	$300
EPS (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$2,300	$0	$0	$2,300
SALUD TOTAL	EPS002	800,130,907	4	1	$2,300	$0	$0	$2,300
TOTAL				1	$5,900	$0	$0	$5,900

Scanned with 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

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		
				Descargar	Detalle
				Descargar	Detalle
☐	PS 6865 2025 CUENTA DE COBRO OCTUBRE 2025.pdf	PS 6865 2025 CUENTA DE COBRO OCTUBRE 2025.pdf	Proveedor	Descargar	Detalle

Borrar Cargar nuevo

Cancelar

< Evaluación de la Entidad Estatal >