**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:** | **SINDY YOHANA ACOSTA MURCIA** | | | **CC:** | **1032395699** |
| **CORREO ELECTRÓNICO:** | **epi.subred@gmail.com** | | | **TELÉFONO:** | **3132681286** |
| **DIRECCIÓN DOMICILIO:** | **CL 87A SUR 6A 08** | | | **CIUDAD:** | **BOGOTA** |
| **BANCO AL CUAL CONSIGNAR:** | **BANCO DAVIVIENDA S.A.** | **TIPO DE CUENTA:** | **AHORROS** | **N° CUENTA:** | **008480340820** |
| **DATOS DEL CONTRATO O ADICION Y PERIODO OBJETO DE PAGO** | | | | | |
| **Nº DEL CONTRATO:** | **PS 6983 2025** | **VALOR CORRESPONDIENTE AL PERIODO OBJETO DE COBRO** | | | **$ 5.483.200** |
| **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** | | | | |

*SINDY YOHANA ACOSTA MURCIA*
*PS_6983_2025_1F6EEC*

**NOMBRE Y FIRMA DEL CONTRATISTA:**
**SINDY YOHANA ACOSTA MURCIA**
**CC: 1032395699**
**CEL: 3132681286**

| | | |
|---|---|---|
| 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**<br>**APOYO - GESTION DE CONTRATACIÓN**<br>**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**<br>**VERSIÓN: 2**<br>**FECHA: 2025-06-09** |

| | | | |
|---|---|---|---|
| **CELEBRADO ENTRE LA SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E Y** | | | |
| **SINDY YOHANA ACOSTA MURCIA** | | | |
| | **CON C.C N°** | **1.032.395.699** | |
| **OBJETO DEL CONTRATO:** | PRESTAR SERVICIOS PROFESIONALES ESPECIALIZADOS 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 6983 2025** | **FECHA INICIO CONTRATO** | **2025/10/01** |
| **VALOR INICIAL DEL CONTRATO** | $ 5.483.200 | **No. HORAS EJECUTADAS** | **184** |
| **VALOR TOTAL DEL CONTRATO INCLUIDO ADICIONES:** | $ 21.932.800 | **VALOR DE HONORARIOS PERÍODO A CERTIFICAR:** | $ 5.483.200 |
| **PLAZO DEL CONTRATO INCLUYENDO PRORROGAS** | CUATRO (4) MESES | | |
| **UNIDAD FUNCIONAL DE EJECUCIÓN DE ACTIVIDADES:** | CENTRO DE SALUD PRIMERO DE MAYO | | |
| **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**<br>**(Deben ser coherentes con las obligaciones específicas del contrato realizadas durante el mes)** |
|---|---|
| 1 | 1. 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.<br>1.1 Actividades desarrolladas: Matrices, análisis y reportes actualizados de información epidemiológica para la línea de aire, ruido y radiación electromagnética.<br>1.2 Productos (evidencias): Matrices de información, actas, informes, protocolos, guías. |
| 2 | 2. Obligación 2: Presentar mensualmente el cronograma de actividades a desarrollar.<br>2.1 Actividades desarrolladas: elaboración del cronograma mensual con las actividades a desarrollar.<br>2.2 Productos (evidencias): Cronograma del mes. |
| 3 | 3. Obligación 3: Apoyar la prestación de servicios en el Plan de Intervenciones Colectivas, presentando la informacióny/o soportes que se solicite conforme a los anexos y lineamientos técnicos del convenio PSPIC vigente y suscrito entre el FDS y la Subred.<br>3.1 Matrices, análisis y reportes actualizados de información epidemiológica para la línea de aire, ruido y radiación electromagnética.<br>3.2 Productos (evidencias): Matrices de información, actas, informes, protocolos, guías. |
| 4 | 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.<br>4.1 Actividades desarrolladas: Asistencia a la reunión de la línea ARREM.<br>4.2 Productos (evidencias): Listado de asistencia y acta de reunión. |
| 5 | 5. Obligación 5: Cumplir con la meta, actividades y/o productos programados y asignados con la calidad de datos (integridad, oportunidad, consistencias, 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.<br>5.1 Actividades desarrolladas: Desarrollar los productos del mes de acuerdo con el plan de acción y realizar envíos periódicos al líder de la línea ARREM.<br>5.2 Productos (evidencias): Matrices de información, actas, informes, protocolos, guías. |
| 6 | 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.<br>6.1 Actividades desarrolladas: Revisión de las guías operativas y sus anexos y asistencias a los fortalecimientos de capacidades.<br>6.2 Productos (evidencias): Listado de asistencia y acta de reunión. |
| 7 | 7. Obligación 7: 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.<br>7.1 Actividades desarrolladas: Participación en el fortalecimiento de capacidades de la línea aire, ruido y radiación electromagnética.<br>7.2 Productos (evidencias): Presentación, listado de asistencia y acta de reunión. |
| 8 | 8. Obligación 8: Realizar el análisis de la información en el marco del monitoreo de la carga de la enfermedad por contaminantes del aire, en el cumplimiento de los ejes estratégicos del Plan de respuesta sectorial de gestión integral de riesgo en salud y de la Vigilancia de Salud Ambiental de la línea de Aire, Ruido y Radiación Electromagnética y cambio climático.<br>8.1 Actividades desarrolladas: Realizar análisis de carga de la enfermedad y desarrollo del estudio de efectos a corto plazo de los contaminantes del aire en la mortalidad de Bogotá.<br>8.2 Productos (evidencias): Matrices de información, documentos. |

| | |
|---|---|
| 9 | 9. Obligación 9: Participar en la actualización de planes de análisis, guías y protocolos desde el componente de salud con el acompañamiento técnico para el mejoramiento e implementación de los procesos de la vigilancia de Salud Ambiental y en el cumplimiento de los ejes estratégicos del Plan de respuesta sectorial de gestión integral de riesgo en salud en las temáticas de la línea de Aire, Ruido y Radiación Electromagnética y cambio climático.<br>9.1 Actividades desarrolladas: Ajuste del protocolo de aire, de radiación electromagnética y de la muestra de cada una las temáticas (aire, ruido y REM) para la vigencia octubre a diciembre.<br>9.2 Productos (evidencias): Matrices de información, documentos. |
| 10 | 10. Obligación 10: Consolidar y analizar de la información solicitada por la Subred, Secretaría Distrital de Salud u otras entidades o actores que lo requieran.<br>10.1 Actividades desarrolladas: Análisis de carga de la enfermedad, actualización de protocolos y guías.<br>10.2 Productos (evidencias): Matrices de información, actas, informes, protocolos, guías. |
| 11 | 11. Obligación 11: Organizar el archivo de la documentación generada de acuerdo a la normatividad y tabla de retención documental.<br>11.1 Actividades desarrolladas: Entrega y organización de informes y documentos de la línea ARREM correspondientes al mes en curso.<br>11.2 Productos (evidencias): Documentos de la línea ARREM. |
| 12 | 12. Obligación 12: 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.<br>12.1 Actividades desarrolladas: No hubo para el periodo.<br>12.2 Productos (evidencias): No hubo para el periodo. |
| 13 | 13. Obligación 13: 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.<br>13.1 Actividades desarrolladas: Durante el mes se recibió visita por parte de la SDS_FFD para realizar el proceso de auditoría del componente de VSA, pero, otros meses y fue realizado el proceso de preauditoria de la línea de intervención garantizando así la calidad y oportunidad de los soportes de las actividades ejecutadas, PENDIENTE SEGUIMIENTO AUDITORIA DE ESTE PERIODO.<br>13.2 Productos (evidencias): Durante el mes se recibió visita por parte de la SDS_FFD para realizar el proceso de auditoría del componente de VSA, pero, otros meses y fue realizado el proceso de preauditoria de la línea de intervención garantizando así la calidad y oportunidad de los soportes de las actividades ejecutadas, PENDIENTE SEGUIMIENTO AUDITORIA DE ESTE PERIODO. |
| 14 | 14. Obligación 14: 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.<br>14.1 Actividades desarrolladas: Apropiación y adherencia a las fichas técnicas por la línea de intervención y demás documentos operativos del componente, además del cumplimiento de las actividades inherentes al perfil.<br>14.2 Productos (evidencias): gestiondocumentalarrem@gmail.com |

**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° 9495885425 | OPERADOR: | APORTES EN LINEA |
| CONCEPTO DEL PAGO | ENTIDAD | FECHA DE PAGO | VALOR PAGADO |
| SALUD: | SANITAS | 2025/12/10 | $ 274.300 |
| PENSIÓN: | COLPENSIONES | 2025/12/10 | $ 351.100 |
| RIESGOS LABORALES: | SEGUROS BOLIVAR | 2025/12/10 | $ 53.500 |
| OTRO | | | |
| TOTAL PAGADO | | | $ 678.900 |

| V. DECLARACIONES DEL CONTRATISTA | |
|---|---|
| 1.- Que desarrollé las actividades descritas en el informe anexo, dentro del período de cobro.<br>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)<br>3- Que adjunto evidencia del cargue en el aplicativo secop de la cuenta correspondiente al mes objeto de cobro .<br>4.- Que autorizo los impuestos a que estoy obligado a pagar, por ocasión al señalado contrato. | |
| VII. ANEXOS<br>(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** | *SINDY YOHANA ACOSTA MURCIA*<br>*PS_6983_2025_1F6EEC*<br>**SINDY YOHANA ACOSTA MURCIA**<br>**CC: 1032395699** |
| **FIRMA DE QUIEN VALIDA** | *JAVIER RICARDO PEÑUELA PEREZ*<br>*PS_6983_2025_1F6EEC*<br>**JAVIER RICARDO PEÑUELA PEREZ**<br>**SUPERVISOR ALTERNO** |
| **FIRMA DE QUIEN CONVALIDA EL CUMPLIMIENTO DE LAS OBLIGACIONES PARA EL PRESENTE PERIODO DE PAGO** | *LIDA ESPERANZA MONTENEGRO PARRA*<br>*PS_6983_2025_1F6EEC*<br>**LIDA ESPERANZA MONTENEGRO PARRA**<br>**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 1032395699 | | ACOSTA MURCIA SINDY YOHANA | INDEPENDIENTE | PRINCIPAL | CL 87 A SUR 6a-08 | BOGOTA-BOGOTA D.E. | 7616162 | No |

DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION

| Periodo | | Clave | | Tipo | Fecha | | Pago | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| Pensión | Salud | Pago | Planilla | Planilla | Limite | Pago | Banco | Dias Mora | Valor |
| 2025-11 | 2025-11 | 1996452993 | 9495885425 | I | 2025/12/23 | 2025/12/10 | BANCO DAVIVIENDA | 0 | $678,900 |

**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)** | | | | | $2,194,000 | $351,100 | | | $2,194,000 | $274,300 | | | $0 | $0 | | | $2,194,000 | $53,500 | | $0 | $0 |
| **Centro de Trabajo: PRINCIPAL ( 1 Afiliados)** | | | | | $2,194,000 | $351,100 | | | $2,194,000 | $274,300 | | | $0 | $0 | | | $2,194,000 | $53,500 | | $0 | $0 |
| Ciudad: BOGOTA Depto: BOGOTA D.E. ( 1 Afiliados) | | | | | $2,194,000 | $351,100 | | | $2,194,000 | $274,300 | | | $0 | $0 | | | $2,194,000 | $53,500 | | $0 | $0 |
| 1 | CC | 1032395699 | ACOSTA SINDY | 25-14 | 30 | $2,194,000 | $351,100 | EPS005 | 30 | $2,194,000 | $274,300 | | 0 | $0 | $0 | 14-7 | 30 | $2,194,000 | $53,500 | 0 | $0 | $0 |
| **Total** | | **Afiliados( 1)** | | | | $2,194,000 | $351,100 | | | $2,194,000 | $274,300 | | | $0 | $0 | | | $2,194,000 | $53,500 | | $0 | $0 |

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 1032395699 | | ACOSTA MURCIA SINDY YOHANA | INDEPENDIENTE | PRINCIPAL | CL 87 A SUR 6a-08 | BOGOTA-BOGOTA D.E. | 7616162 | No |

DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION

| Periodo | | Clave | | Tipo | Fecha | | Pago | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| Pensión | Salud | Pago | Planilla | Planilla | Limite | Pago | Banco | Dias Mora | Valor |
| 2025-11 | 2025-11 | 1996452993 | 9495885425 | I | 2025/12/23 | 2025/12/10 | BANCO DAVIVIENDA | 0 | $678,900 |

## RESUMEN DE PAGO

| RIESGO | CODIGO | NIT | DV | AFILIADOS | VALOR LIQUIDADO | INTERESES MORA | SALDOS E INCAPACIDADES | VALOR A PAGAR |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| AFP (ADMINISTRADORAS: 1) | | | | 1 | $351,100 | $0 | $0 | $351,100 |
| COLPENSIONES | 25-14 | 900,336,004 | 7 | 1 | $351,100 | $0 | $0 | $351,100 |
| ARL (ADMINISTRADORAS: 1) | | | | 1 | $53,500 | $0 | $0 | $53,500 |
| SEGUROS BOLIVAR | 14-7 | 860,002,503 | 2 | 1 | $53,500 | $0 | $0 | $53,500 |
| EPS (ADMINISTRADORAS: 1) | | | | 1 | $274,300 | $0 | $0 | $274,300 |
| SANITAS | EPS005 | 800,251,440 | 6 | 1 | $274,300 | $0 | $0 | $274,300 |
| TOTAL | | | | 1 | $678,900 | $0 | $0 | $678,900 |

Gmail

Sindy Acosta <syam0417@gmail.com>

# PSE - Transacción Aprobada ✅ CUS 1996452993

1 mensaje

**serviciopse@achcolombia.com.co** <serviciopse@achcolombia.com.co> 10 de diciembre de 2025 a las 12:20
Para: syam0417@gmail.com

## ¡Hola, Sindy Yohana Acosta Murcia!

**Estado de la Transacción:** Aprobada

### Los siguientes son los datos de tu transacción:



**Valor:** $ 678.900

**Empresa:** APORTES EN LINEA

**Descripción:** Pago de la Planilla de aportes con clave: 9495885425

**Fecha de la transacción:** 10/12/2025

**CUS:** 1996452993

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.

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

## Datos guardados

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 | | |
|---|---|---|---|---|---|
| ☐ | PS 6983 2025 CUENTA DE COBRO OCTUBRE 2025.pdf | PS 6983 2025 CUENTA DE COBRO OCTUBRE 2025.pdf | Proveedor | Descargar | Detalle |
| ☐ | PS 6983 2025 CUENTA DE COBRO NOVIEMBRE 2025.pdf | PS 6983 2025 CUENTA DE COBRO NOVIEMBRE 2025.pdf | Proveedor | Descargar | Detalle |

Borrar Cargar nuevo

Cancelar

< Evaluación de la Entidad Estatal >