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:	**DIANA MARCELA VILLAMIL ASCENCIO**			**CC:**	**1023891115**
CORREO ELECTRÓNICO:	**dinavillamil2019@gmail.com**			**TELÉFONO:**	**3014727025**
DIRECCIÓN DOMICILIO:	**KR 2 B 27 37 SUR**			**CIUDAD:**	**BOGOTA**
BANCO AL CUAL CONSIGNAR:	**BANCOLOMBIA**	**TIPO DE CUENTA:**	**AHORROS**	**N° CUENTA:**	**91286942739**
DATOS DEL CONTRATO O ADICION Y PERIODO OBJETO DE PAGO					
Nº DEL CONTRATO:	**PS 6892 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**				

DIANA MARCELA VILLAMIL ASCENCIO
PS_6892_2025_0C0E5B

NOMBRE Y FIRMA DEL CONTRATISTA:
DIANA MARCELA VILLAMIL ASCENCIO
CC: 1023891115
CEL: 3014727025

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			
DIANA MARCELA VILLAMIL ASCENCIO			
	CON C.C N°	**1.023.891.115**	
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 6892 2025**	**FECHA INICIO CONTRATO**	**2025/10/01**
VALOR INICIAL DEL CONTRATO	$ 4.195.200	**No. HORAS EJECUTADAS**	**184**
VALOR TOTAL DEL CONTRATO INCLUIDO ADICIONES:	$ 16.780.800	**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	Diana Marcela Villamil Ascencio <dinavillamil2019@gmail.com> jue, 23 oct, 23:27 para mí 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 orientaciones a trabajadores y sus familias, en el marco de la disminución del trabajo infantil 1.2 PRODUCTO(EVIDENCIA) Formatos: Actas por acción realizada Drive de consolidación de acciones mensuales. Formatos de canalizaciones realizadas.
2	2 OBLIGACIÓN: Presentar mensualmente el cronograma de actividades a desarrollar 2.1ACTIVIDADES DESARROLLADAS:Presentación y actualización de cronograma de actividades de manera mensual 2.2 PRODUCTO(EVIDENCIA) Cronograma en magnético-Drive-
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. 3.1ACTIVIDADES DESARROLLADAS: Acompañamientos jornadas de forma presencial según lo dispone lineamiento. Seguimiento a las canalizaciones y realizar seguimiento a la desvinculación de niños y adolescentes previamente intervenidos. 3.2 PRODUCTO(EVIDENCIA): Formatos según lineamiento.
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 Realizar acompañamiento a niños, niñas y adolescentes trabajadores y sus familias, según está dispuesto en lineamiento. Seguimiento a la desvinculación de NNA , haciendo entrega de soportes con calidad y oportunidad. 4.2 PRODUCTO(EVIDENCIA):Actas por acción realizada Drive de consolidación de acciones mensuales. Formatos de canalizaciones realizadas.
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 Realizar acompañamiento a niños, niñas y adolescentes trabajadores y sus familias, según meta establecida y con los criterios expuestos en el lineamiento. 5.2 PRODUCTO(EVIDENCIA):Actas por acción realizada Drive de consolidación de acciones mensuales. Formatos de canalizaciones realizadas.
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 DESARROLLADASDar lectura a los lineamientos suministrados por SDS identificando cambios en la operatividad de los procesos o inclusión de algún producto nuevo con el propósito de apropiación de los mismos. 6.2 PRODUCTO(EVIDENCIA):Acta y listados de asistencia.
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 Se realiza de manera periódica o a requerimiento de la supervisión validando la veracidad, calidad y oportunidad de cada formato. 7.2 PRODUCTO(EVIDENCIA)Formatos y bases requeridas.
8	8. OBLIGACIÓN: Notificar los eventos de interés en salud pública detectados en cada una de sus intervenciones. 8.1 ACTIVIDADES DESARROLLADAS :Se realizara de manera constante de acuerdo a la necesidad realizando acciones diligentes para su adecuado cumplimiento. 8.2 PRODUCTO(EVIDENCIA):Formatos: Actas por acción realizada Drive de consolidación de acciones mensuales. Formatos de canalizaciones realizadas.

9	9 OBLIGACIÓN:Organizar el archivo de la documentación generada de acuerdo a la normatividad y tabla de retención documental. 9.1 ACTIVIDADES DESARROLLADAS Se realiza la gestión documental mensual en el desarrollo de los procesos ejecutados y auditados en el Entorno cuidador laboral. 9.2 PRODUCTO(EVIDENCIA):Se realiza la gestión documental mensual en el desarrollo de los procesos ejecutados y auditados.
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 Publica, GESI, ACCVSyE, Notificación de EISP y Participación Social. 10.1 ACTIVIDADES DESARROLLADAS :Realizar activación de ruta según se identifique, y demás actividades programadas de acuerdo con necesidad del entorno y entre entornos. 10.2 PRODUCTO(EVIDENCIA):Formatos y listados de asistencia
11	11 OBLIGACIÓN 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 Dar cumplimiento a cabalidad de todas las obligaciones de manera eficiente y diligente, para evitar asignaciones de glosas o algún inconveniente. 11.2 PRODUCTO(EVIDENCIA): Actas por acción realizada Drive de consolidación de acciones mensuales. Formatos de canalizaciones realizadas.
12	12 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. 12.1 ACTIVIDADES DESARROLLADAS Realizar actividades según requerimientos del Entorno Cuidador Laboral 12.2 PRODUCTO(EVIDENCIA): Actas y listados de asistencia

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° 9494559250	OPERADOR:	APORTES EN LINEA
CONCEPTO DEL PAGO	ENTIDAD	FECHA DE PAGO	VALOR PAGADO
SALUD:	COMPENSAR	2025/12/11	$ 209.800
PENSIÓN:	PORVENIR	2025/12/11	$ 268.500
RIESGOS LABORALES:	SURA	2025/12/11	$ 40.900
OTRO			
TOTAL PAGADO			$ 519.200

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	*DIANA MARCELA VILLAMIL ASCENCIO* *PS_6892_2025_0C0E5B* **DIANA MARCELA VILLAMIL ASCENCIO** **CC: 1023891115**

FIRMA DE QUIEN VALIDA	*JEAN PAUL ALARCON BARRAGAN* *PS_6892_2025_0C0E5B* **JEAN PAUL ALARCON BARRAGAN** **SUPERVISOR ALTERNO**
FIRMA DE QUIEN CONVALIDA EL CUMPLIMIENTO DE LAS OBLIGACIONES PARA EL PRESENTE PERIODO DE PAGO	*LIDA ESPERANZA MONTENEGRO PARRA* *PS_6892_2025_0C0E5B* **LIDA ESPERANZA MONTENEGRO PARRA** **SUPERVISOR DEL CONTRATO**