**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:** | **YESSICA MERCEDES DELGADO COPETE** | | | **CC:** | **1010177360** |
| **CORREO ELECTRÓNICO:** | **yessicamercedescopete@gmail.com** | | | **TELÉFONO:** | **3004424267** |
| **DIRECCIÓN DOMICILIO:** | **CL 4 B 23 A 46** | | | **CIUDAD:** | **BOGOTA** |
| **BANCO AL CUAL CONSIGNAR:** | **BANCO CAJA SOCIAL** | **TIPO DE CUENTA:** | **AHORROS** | **N° CUENTA:** | **24041454154** |
| **DATOS DEL CONTRATO O ADICION Y PERIODO OBJETO DE PAGO** | | | | | |
| **Nº DEL CONTRATO:** | **PS 6821 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** | | | | |

*YESSICA MERCEDES DELGADO COPETE*
*PS_6821_2025_99D834*

**NOMBRE Y FIRMA DEL CONTRATISTA:**
**YESSICA MERCEDES DELGADO COPETE**
**CC: 1010177360**
**CEL: 3004424267**

| | | |
|---|---|---|
| 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** | | | |
| **YESSICA MERCEDES DELGADO COPETE** | | | |
| | **CON C.C N°** | **1.010.177.360** | |
| **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 6821 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:** | 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 | 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: Se realiza participación en la reunión denominada Voces de la raíz familias negras afrocolombianas (02/12/2025) *Se participa en el reconocimiento a parteras, sabedores y gestores de las estrategias diferenciales (04/12/2025) *Se participa en la Mesa de Salud de la Localidad de Bosa (12/12/2025) *Se participa en la reunión de realización del Plan de trabajo NAP para el año 2026 (12/12/2025)<br>1.2 Productos (Evidencias) Actas y listados de asistencia de los diferentes espacios. |
| 2 | Obligación 2. Presentar mensualmente el cronograma de actividades a desarrollar.<br>2.1 Actividades desarrolladas: Diligenciamiento de Cronograma personal y cronograma de actividades CO (05-12-19-26/12/2025)<br>2.2 Productos (Evidencias): Drive Cronograma |
| 3 | Obligación 3. 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.<br>3.1 Actividades desarrolladas: Diligenciamiento de Matriz (29/12/2025) *Diligenciamiento de Cronogramas (05-12-19-26/12/2025)<br>3.2 Productos (Evidencias): Anexos 1.2 *Drive Cronograma |
| 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: Preauditoria (29/12/2025)<br>4.2 Productos (Evidencias): Acta y listado de asistencia |
| 5 | Obligación 5. 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.<br>5.1. Actividades desarrolladas: Se realiza reunión con las estrategias diferenciales Kilombos y Kilumba (03-09-18/12/2025)<br>5.2. Productos (Evidencias): Acta y listado de asistencia |
| 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: Se participa en la reunión de delegados étnicos con la referente y lideres del proceso para hacer seguimiento al registro de información en los anexos, soportes e implementación de los nuevos lineamientos del proceso integral e integrado (11/12/2025) * Se participa en la reunión del proceso "Integral e Integrado Gestión y Análisis de Políticas para el Bienestar" (19/12/2025)<br>6.2 Productos (Evidencias): Acta y listado de asistencia de las actividades realizadas |
| 7 | Obligación 7. 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.<br>7.1 Actividades desarrolladas: Elaboración de actas, matrices e informes (01-10-19-23-26-29/12/2025).<br>7.2 Productos (Evidencias): Acta y listado de asistencia |
| 8 | Obligación 8. Notificar los eventos de interés en salud pública detectados en cada una de sus intervenciones.<br>8.1 Actividades desarrolladas: Realizar notificación de eventos en salud según sea requerido. (18/12/2025)<br>8.2 Productos (Evidencias): Ficha de diligenciamiento |

| | |
|---|---|
| 9 | Obligación 9. Organizar el archivo de la documentación generada de acuerdo a la normatividad y tabla de retención documental.<br>9.1 Actividades desarrolladas: Cargue de actividades desarrolladas en el mes (29/12/2025)<br>9.2 Productos (Evidencias): Drive Étnica |
| 10 | Obligación 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.<br>10.1 Actividades desarrolladas: Búsqueda de población afrodescendiente según sea el caso y realización de canalización (17/12/2025)<br>10.2 Productos (Evidencias): Formato de canalización y/o envió de correo electrónico |
| 11 | Obligación 11. 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>11.1 Actividades desarrolladas: Alistamiento de soportes, como evidencia del seguimiento al plan de ejecución y gestión de análisis y políticas. (29/12/2025)<br>11.2 Productos (Evidencias): Actas y listados de asistencia |
| 12 | Obligación 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.<br>12.1 Actividades desarrolladas: Se participará en la reunión del AT NARP (22/12/2025) *Se participará en las reuniones de AT Étnicos (11/12/2025)<br>12.2 Productos (Evidencias): 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° 8391878547 | OPERADOR: | MI PLANILLA |

| CONCEPTO DEL PAGO | ENTIDAD | FECHA DE PAGO | VALOR PAGADO |
|---|---|---|---|
| SALUD: | COMPENSAR | 2025/12/10 | $ 209.800 |
| PENSIÓN: | COLPENSIONES | 2025/12/10 | $ 268.500 |
| RIESGOS LABORALES: | SURA | 2025/12/10 | $ 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** | *YESSICA MERCEDES DELGADO COPETE*<br>*PS_6821_2025_99D834*<br>**YESSICA MERCEDES DELGADO COPETE**<br>**CC: 1010177360** |

| | |
|---|---|
| **FIRMA DE QUIEN VALIDA** | *MAYRA MILENA JARAMILLO QUIROZ*<br>*PS_6821_2025_99D834*<br>**MAYRA MILENA JARAMILLO QUIROZ**<br>**SUPERVISOR ALTERNO** |
| **FIRMA DE QUIEN CONVALIDA EL CUMPLIMIENTO DE LAS OBLIGACIONES PARA EL PRESENTE PERIODO DE PAGO** | *LIDA ESPERANZA MONTENEGRO PARRA*<br>*PS_6821_2025_99D834*<br>**LIDA ESPERANZA MONTENEGRO PARRA**<br>**SUPERVISOR DEL CONTRATO** |

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:** 8391878547

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** | 8391878547 |
| **Fecha pago** | 2025-12-10 |
| **Número de autorización pago** | 91878547 |
| **Banco** | 1052 |

| | |
|---|---|
| **Número de Empleados** | 1 |
| **Periodo de Cotización Salud** | noviembre de 2025 |
| **Periodo de Cotización Pensión** | noviembre de 2025 |
| **Número de Administradoras** | 3 |
| **Total Pagado** | 519200 |
| **Total Intereses de Mora** | 0 |

PAGADA

| CÓDIGO ADMINISTRADORA | NOMBRE | TOTAL PAGADO | NÚMERO DE AFILIADOS |
|---|---|---|---|
| 14-11 | ARL SURA | 40900 | 1 |
| 25-14 | Administradora Colombiana de Pensiones - Colpensiones | 268500 | 1 |
| EPS008 | Compensar EPS | 209800 | 1 |

8391878547

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 | 1678080 | 1678080 | 1678080 | 0 | 209800 | 0 | 268500 | 0 | 40900 | 0 |

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

Banco AV Villas

**COMPROBANTE PAGO PLANILLA ASISTIDA PILA**

| Número de Identificación del Aportante / Pin Único | Valor a Pagar $: |
|---|---|
| 1010177360 | 519 200 |

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

**PAGO CON NÚMERO DE PLANILLA**

Número de Planilla: 8 3 9 1 8 7 8 5 4 7

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

**PAGO CON PIN ÚNICO**

Operador de Información: _____

Período de Cotización a Pagar: Año 2025 Mes 11

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 VOUCHER. RECUERDE QUE ESTE SERÁ EL ÚNICO SOPORTE VÁLIDO DE SU TRANSACCIÓN, CONSÉRVELO PARA CUALQUIER VERIFICACIÓN.

```
REV 684 20251209 18:41 SC 663  LINEA    A
VR PAGADO:       519,200.00
NOMBRE:COMPENSAR
CLAVE:8391878547                    0
ID:1010177360
Fecha Aplicación:20251210   PIN:184137
Estimado cliente: Verifique los datos de
su pago. Después de retirarse de la
ventanilla no se aceptan reclamos.
```

Scanned with MOBILE SCANNER

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?** Si 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 6821 2025 CUENTA DE COBRO OCTUBRE 2025.pdf | PS 6821 2025 CUENTA DE COBRO OCTUBRE 2025.pdf | Proveedor | Descargar | Detalle |
| ☐ | PS 6821 2025 CUENTA DE COBRO NOVIEMBRE 2025.pdf | PS 6821 2025 CUENTA DE COBRO NOVIEMBRE 2025.pdf | Proveedor | Descargar | Detalle |

Borrar Cargar nuevo

Cancelar

< Evaluación de la Entidad Estatal >