

DATOS DEL CONTRATISTA

FECHA DE DILIGENCIAMIENTO: (31-05-2026)

NOMBRES Y APELLIDOS:	NICOL DANIELA VILLAMIZAR VARGAS		CC:	1049018483	
CORREO ELECTRÓNICO:	daniprins318@gmail.com		TELÉFONO:	3192223627	
DIRECCIÓN DOMICILIO:	CL 83 SUR 91 70		CIUDAD:	BOGOTA	
BANCO AL CUAL CONSIGNAR:	BANCO DAVIVIENDA S.A.	TIPO DE CUENTA:	AHORROS	N° CUENTA:	488418477011

DATOS DEL CONTRATO O ADICION Y PERIODO OBJETO DE PAGO

N° DEL CONTRATO:	PS 3597 2026	VALOR CORRESPONDIENTE AL PERIODO OBJETO DE COBRO	\$ 4.149.600
FECHA DE INICIO CONTRATO	2026/03/24	FECHA DE TERMINACIÓN CONTRATO:	2026/05/31
PERIODO OBJETO DE COBRO:	DEL 2026/05/01 AL 2026/05/31		



NICOL DANIELA VILLAMIZAR VARGAS  
PS\_3597\_2026\_35A4AC

NOMBRE Y FIRMA DEL CONTRATISTA:

NICOL DANIELA VILLAMIZAR VARGAS

CC: 1049018483

CEL: 3192223627

**CELEBRADO ENTRE LA SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E Y**

**NICOL DANIELA VILLAMIZAR VARGAS**

**CON C.C N°**

**1.049.018.483**

<b>OBJETO DEL CONTRATO:</b>	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.
-----------------------------	--

<b>CONTRATO DE PRESTACION DE SERVICIOS PROFESIONALES No.</b>	<b>PS 3597 2026</b>	<b>FECHA INICIO CONTRATO</b>	<b>2026/03/24</b>
--	---------------------	------------------------------	-------------------

<b>VALOR INICIAL DEL CONTRATO</b>	\$ 9.509.120	<b>No. HORAS EJECUTADAS</b>	<b>182</b>
-----------------------------------	--------------	-----------------------------	------------

<b>VALOR TOTAL DEL CONTRATO INCLUIDO ADICIONES:</b>	\$ 9.509.120	<b>VALOR DE HONORARIOS PERÍODO A CERTIFICAR:</b>	\$ 4.149.600
---	--------------	--	--------------

<b>PLAZO DEL CONTRATO INCLUYENDO PRORROGAS</b>	DOS (02) MESES Y OCHO (08) DIAS
--	---------------------------------

<b>UNIDAD FUNCIONAL DE EJECUCIÓN DE ACTIVIDADES:</b>	SEDE ADMINISTRATIVA SAN JOSE OBRERO
--	-------------------------------------

<b>NOMBRE DEL SUPERVISOR:</b>	MARIA ANGELICA PEÑALOZA DIAZ
-------------------------------	------------------------------

<b>ITEM</b>	<b>II. ACTIVIDADES REALIZADAS EN EL PERIODO, DE ACUERDO CON EL OBJETO Y LAS OBLIGACIONES ESTABLECIDAS EN EL CONTRATO</b> <b>(Deben ser coherentes con las obligaciones específicas del contrato realizadas durante el mes)</b>
-------------	---

1	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: Se realizaron 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 presentó cronograma actualizado correspondiente al mes de mayo de 2026 por medio magnético en el drive dispuesto por las supervisiones 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: Se generaron procesos de gestión sectorial e intersectorial para disminuir los factores de riesgo evidenciados en los entornos escolares, se realizaron acciones de seguimiento en los entornos del periodo anterior.3.2. PRODUCTO (EVIDENCIA): Actas de soporte de gestión, correos u oficios que soportan 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 realizó apoyo a las acciones y actividades que hacen parte del objeto contractual del entorno de bienestar educativo correspondientes al mes de mayo 2026.4.2. 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 ejecutaron el número de actividades proyectadas en el plan de acción para el mes de mayo 2026 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 mayo 2026 no se realizó apropiación conceptual, teniendo en cuenta la última actualización y ajuste de las fichas técnicas dadas en el mes de enero. 6.2. PRODUCTO (EVIDENCIA): No se cuenta con soporte debido a que no se realizó.
---	--

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 participó 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 mayo 2026 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 mayo 2026 se generó jornada de organización o gestión documental. 9.2. PRODUCTO (EVIDENCIA): Se realizó actualización del FUID y acta.
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 generó 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 generó 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 realizaron las 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 (2026-05-01) AL (2026-05-31)

### IV. INFORMACIÓN DE APORTES A SEGURIDAD SOCIAL

No. DE PLANILLA:	N° 76670046	OPERADOR:	MI PLANILLA
CONCEPTO DEL PAGO	ENTIDAD	FECHA DE PAGO	VALOR PAGADO
SALUD:	COMPENSAR	2026/05/13	\$ 218.900
PENSIÓN:	PORVENIR	2026/05/13	\$ 280.200
RIESGOS LABORALES:	SURA	2026/05/13	\$ 42.700
OTRO			
<b>TOTAL PAGADO</b>			<b>\$ 541.800</b>

### 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 ningún caso el IBC sea menor a 1 SMMLV ( de ser el primer pago adjunto certificaciones de afiliación a eps, arl, pensión, 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**



NICOL DANIELA VILLAMIZAR VARGAS

PS\_3597\_2026\_35A4AC

**NICOL DANIELA VILLAMIZAR VARGAS**

**CC: 1049018483**

**FIRMA DE QUIEN VALIDA**



*YOHNNY LIRIOLA HERNANDEZ GARCIA*

*PS\_3597\_2026\_35A4AC*

**YOHNNY LIRIOLA HERNANDEZ GARCIA**  
**SUPERVISOR ALTERNO**

**FIRMA DE QUIEN CONVALIDA EL CUMPLIMIENTO DE LAS  
OBLIGACIONES PARA EL PRESENTE PERIODO DE PAGO**



*MARIA ANGELICA PEÑALOZA DIAZ*

*PS\_3597\_2026\_35A4AC*

**MARIA ANGELICA PEÑALOZA DIAZ**  
**SUPERVISOR DEL CONTRATO**

DATOS DEL APORTANTE						
TIPO	NÚMERO	NOMBRE APORTANTE		DIRECCIÓN	TELÉFONO	CORREO
CC	1049018483	NICOL DANIELA VILLAMIZAR VARGAS		CI 168 9 - 11	3192223627	daniprins318@gmail.com
FORMA PRESENTACIÓN	CLASE APORTANTE	NOMBRE SUCURSAL	CÓDIGO	DEPARTAMENTO	CIUDAD / MUNICIPIO	
ÚNICA	I - Independiente			BOGOTÁ D. C.	BOGOTÁ, D.C.	

DATOS DE LA PLANILLA					
PLANILLA ASOCIADA	FECHA PAGO ASOCIADA (DÍAS/MES/AÑO)	NÚMERO PLANILLA	FECHA PAGO (DÍAS/MES/AÑO)	CANTIDAD EMPLEADOS	CANTIDAD UPC
		76670046	13/05/2026	1	0
PERIODO SALUD	PERIODO PENSIÓN	TIPO PLANILLA	TOTAL NÓMINA	TOTAL A PAGAR	
2026-04	2026-04	I	\$0	\$541.800	

## 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	218.900	0		0		0	0	0	0	218.900	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
230301	Porvenir	800224808-8	280.200	0	0	0	0	0	0		280.200	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	42.700				42.700	0	0	42.700			427	42.700	1

TOTALES CAJAS											
Código CCF	Nombre					NIT	Valor Aporte	Días Mora	Valor Mora Aporte	Total a Pagar	No. Afiliados

TOTALES PARAFISCALES				
Valor Aporte	Días Mora	Valor Mora Aporte	Total a Pagar	No. Afiliados
<b>SENA</b>				
0	0	0	0	0
<b>ICBF</b>				
0	0	0	0	0
<b>ESAP</b>				
<b>MEN</b>				

TOTALES POR SUBSISTEMA			
Tipo Administradora	No. Administradoras Reportadas	Valor antes de IGE, LMA, IRP y Mora	Total a Pagar
Salud	1	218.900	218.900
Pensión	1	280.200	280.200
Riesgos Laborales	1	42.700	42.700
CCF	0	0	0
ESAP	0	0	0
ICBF	0	0	0
MEN	0	0	0
SENA	0	0	0
<b>TOTALES</b>	<b>3</b>	<b>541.800</b>	<b>541.800</b>

DATOS DEL APORTANTE						
TIPO	NÚMERO	NOMBRE APORTANTE		DIRECCIÓN	TELÉFONO	CORREO
CC	1049018483	NICOL DANIELA VILLAMIZAR VARGAS		CI 168 9 - 11	3192223627	daniprins318@gmail.com
FORMA PRESENTACIÓN	CLASE APORTANTE	NOMBRE SUCURSAL	CÓDIGO	DEPARTAMENTO	CIUDAD / MUNICIPIO	
ÚNICA	I - Independiente			BOGOTÁ D. C.	BOGOTÁ, D.C.	

DATOS DE LA PLANILLA					
PLANILLA ASOCIADA	FECHA PAGO ASOCIADA (DIA/MES/AÑO)	NÚMERO PLANILLA	FECHA PAGO (DIA/MES/AÑO)	CANTIDAD EMPLEADOS	CANTIDAD UPC
		76670046	13/05/2026	1	0
PERIODO SALUD	PERIODO PENSIÓN	TIPO PLANILLA	TOTAL NÓMINA	TOTAL A PAGAR	
2026-04	2026-04	I	\$0	\$541.800	

## DETALLE POR COTIZANTE

INFORMACIÓN COTIZANTE				INFORMACIÓN NOVEDADES											PENSIÓN				SALUD				RIESGOS LABORALES				CCF				PARAFISCALES																						
No.	Tipo y Número de Identificación	Apellidos y Nombres		Cotizante	Salud	Extranjero	Calom. exarador	Exonerado	ING	RET	TDE	TAE	TAP	IMP	IMP	IMP	SEN	IGE	LMA	VAC	APP	VCT	IRL	CORRECCIÓN	Cód. AFP	IBC AFP	Días	Cotización	Voluntario Afiliado	Voluntario Aportante	Fondo pensional de solidaridad	Fondo pensional de subsistencia	Cód. EPS	IBC EPS	Días	Cotización / Valor UPC	Cód. ARL	IBC ARL	Días	Clase de Riesgo	Cotización	Código CCF	IBC CCF	Días	Aporte CCF	IBC otros parafiscales	Aporte SENA	Aporte ICBF	Aporte ESAP	Aporte MEN			
1	CC 1049018483	VILLAMIZAR VARGAS NICOL DANIELA		59	0			N																230301	1.750.905	30	280.200	0	0	0	0	EPS008	1.750.905	30	218.900	14-11	1.750.905	30	3	42.700		0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0

PAGADA

**Pago PSE**

## Resultado de su transacción

**Código único CUS**

304144337

**Destino de pago**

COMPENSAR-OI

**Motivo**

MiPlanilla.com Pago Proteccion Social

**Fecha**

13/05/2026

**Número de aprobación**

00144337

**Dirección IP**

181.63.25.148

**Valor transacción**

\$ 541.800,00

**Costo de la transacción**

\$ 0,00 IVA incluido

**Referencia 1**

181.63.25.148

**Referencia 2**

CC

**Referencia 3**

1049018483



Escritorio → Menú → Administración de contratos → Ver contrato

- 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		
<input type="checkbox"/> COMUNICACION SUPERVISOR PS 3597 2026 23-04-2026.pdf	COMUNICACION SUPERVISOR PS 3597 2026 23-04-2026.pdf	Comprador	<a href="#">Descargar</a>	<a href="#">Detalle</a>
<input type="checkbox"/> PS 3597 2026 CUENTA DE COBRO ABRIL 2026.pdf	PS 3597 2026 CUENTA DE COBRO ABRIL 2026.pdf	Proveedor	<a href="#">Descargar</a>	<a href="#">Detalle</a>

Borrar Cargar nuevo

Cancelar

< Evaluación de la Entidad Estatal >



- 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		
<input type="checkbox"/> COMUNICACION SUPERVISOR PS 3597 2026 23-04-2026.pdf	COMUNICACION SUPERVISOR PS 3597 2026 23-04-2026.pdf	Comprador	<a href="#">Descargar</a>	<a href="#">Detalle</a>
<input type="checkbox"/> PS 3597 2026 CUENTA DE COBRO ABRIL 2026.pdf	PS 3597 2026 CUENTA DE COBRO ABRIL 2026.pdf	Proveedor	<a href="#">Descargar</a>	<a href="#">Detalle</a>

Borrar Cargar nuevo

Cancelar

< Evaluación de la Entidad Estatal >