

DATOS DEL CONTRATISTA

FECHA DE DILIGENCIAMIENTO: (31-05-2026)

NOMBRES Y APELLIDOS:	LINA FERNANDA FERNANDEZ PIPICANO		CC:	1010209059	
CORREO ELECTRÓNICO:	linitafernandez20@gmail.com		TELÉFONO:	3125897052	
DIRECCIÓN DOMICILIO:	CL 76 29B 42		CIUDAD:	BOGOTA	
BANCO AL CUAL CONSIGNAR:	BANCO CAJA SOCIAL	TIPO DE CUENTA:	AHORROS	N° CUENTA:	24087064108

DATOS DEL CONTRATO O ADICION Y PERIODO OBJETO DE PAGO

N° DEL CONTRATO:	PS 6652 2025	VALOR CORRESPONDIENTE AL PERIODO OBJETO DE COBRO	\$ 4.195.200
FECHA DE INICIO CONTRATO	2025/10/01	FECHA DE TERMINACIÓN CONTRATO:	2026/05/31
PERIODO OBJETO DE COBRO:	DEL 2026/05/01 AL 2026/05/31		



LINA FERNANDA FERNANDEZ PIPICANO  
PS\_6652\_2025\_AFF8CA

NOMBRE Y FIRMA DEL CONTRATISTA:  
LINA FERNANDA FERNANDEZ PIPICANO  
CC: 1010209059  
CEL: 3125897052

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

**LINA FERNANDA FERNANDEZ PIPICANO**

**CON C.C N°**

**1.010.209.059**

**OBJETO DEL CONTRATO:**

PRESTAR SERVICIOS PROFESIONALES EN DISEÑO GRAFICO 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 6652 2025**

**FECHA INICIO CONTRATO**

**2025/10/01**

**VALOR INICIAL DEL CONTRATO**

\$

4.195.200

**No. HORAS EJECUTADAS**

**184**

**VALOR TOTAL DEL CONTRATO INCLUIDO ADICIONES:**

\$

37.756.800

**VALOR DE HONORARIOS**

**PERÍODO A CERTIFICAR:**

\$ 4.195.200

**PLAZO DEL CONTRATO INCLUYENDO PRORROGAS**

OCHO (8) MESES

**UNIDAD FUNCIONAL DE EJECUCIÓN DE ACTIVIDADES:**

CENTRO DE SALUD PRIMERO DE MAYO

**NOMBRE DEL SUPERVISOR:**

DIANA ESPERANZA TOVAR RACHE

**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. 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. 1.1. Actividades desarrolladas: Actualización IUV semanal 1.2. Producto (evidencia): Evidencia enviada por medio magnético (Correo electrónico)
2	2. Obligación 2: Presentar mensualmente el cronograma de actividades a desarrollar. 2.1. Actividades desarrolladas: listado asistentes técnicos 2.2. Producto (evidencia): Evidencia enviada por medio magnético (Correo electrónico)
3	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. 3.1. Actividades desarrolladas: listado vehículos agua potable 3.2. Producto (evidencia): Evidencia enviada por medio magnético (Correo electrónico)
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. 4.1. Actividades desarrolladas: propuesta rediseño logo vigilancia sanitaria 4.2. Producto (evidencia): Evidencia enviada por medio magnético (Correo electrónico)
5	5. Obligación 5: Realizar apropiación conceptual desde su perfil con los anexos y lineamientos técnicos del convenio PSPIC vigente y suscrito entre el FDS y la Subred. 5.1. Actividades desarrolladas: ajustes para cane de vacunación C y F 5.2. Producto (evidencia): Evidencia enviada por medio magnético (Correo electrónico)
6	6. Obligación 6: Desarrollar las actividades y/o productos del proyecto de intervención WEB SALUD AMBIENTAL DE BOGOTÁ, conforme a los lineamientos y anexos técnicos del convenio PSPIC vigente y suscrito entre el FDS y la Subred. 6.1. Actividades desarrolladas: listado coches funebres 6.2. Producto (evidencia): Evidencia enviada por medio magnético (Correo electrónico)
7	7. Obligación 7: Organizar el archivo de la documentación generada de acuerdo a la normatividad y tabla de retención documental. 7.1. Actividades desarrolladas: marcos para noticias 7.2. Producto (evidencia): Evidencia enviada por medio magnético (Correo electrónico)
8	8. Obligación 8: 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 8.1. Actividades desarrolladas: listado belleza 8.2. Producto (evidencia): Evidencia enviada por medio magnético (Correo electrónico)

**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° 79194018	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 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

<b>NOMBRE Y FIRMA DEL CONTRATISTA</b>	 <p><i>LINA FERNANDA FERNANDEZ PIPICANO</i> PS_6652_2025_AFF8CA</p> <p><b>LINA FERNANDA FERNANDEZ PIPICANO</b> <b>CC: 1010209059</b></p>
<b>FIRMA DE QUIEN VALIDA</b>	 <p><i>JAVIER RICARDO PEÑUELA PEREZ</i> PS_6652_2025_AFF8CA</p> <p><b>JAVIER RICARDO PEÑUELA PEREZ</b> <b>SUPERVISOR ALTERNO</b></p>
<b>FIRMA DE QUIEN CONVALIDA EL CUMPLIMIENTO DE LAS OBLIGACIONES PARA EL PRESENTE PERIODO DE PAGO</b>	 <p><i>DIANA ESPERANZA TOVAR RACHE</i> PS_6652_2025_AFF8CA</p> <p><b>DIANA ESPERANZA TOVAR RACHE</b> <b>SUPERVISOR DEL CONTRATO</b></p>

DATOS DEL APORTANTE						
TIPO	NÚMERO	NOMBRE APORTANTE		DIRECCIÓN	TELÉFONO	CORREO
CC	1010209059	LINA FERNANDA FERNANDEZ PIPICANO		carrera 29#78-12	3125897052	linitafernandez20@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
		79194018	13/05/2026	1	0
PERIODO SALUD	PERIODO PENSIÓN	TIPO PLANILLA	TOTAL NÓMINA	TOTAL A PAGAR	
2026-04	2026-04	I	\$1,750,905	\$552.400	

## 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
CCF24	Compensar Caja	860066942-7	10.600	0	0	10.600	1

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	1	10.600	10.600
ESAP	0	0	0
ICBF	0	0	0
MEN	0	0	0
SENA	0	0	0
<b>TOTALES</b>	<b>4</b>	<b>552.400</b>	<b>552.400</b>

DATOS DEL APORTANTE						
TIPO	NÚMERO	NOMBRE APORTANTE		DIRECCIÓN	TELÉFONO	CORREO
CC	1010209059	LINA FERNANDA FERNANDEZ PIPICANO		carrera 29#78-12	3125897052	linitafernandez20@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
		79194018	13/05/2026	1	0
PERIODO SALUD	PERIODO PENSIÓN	TIPO PLANILLA	TOTAL NÓMINA	TOTAL A PAGAR	
2026-04	2026-04	I	\$1,750,905	\$552.400	

**DETALLE POR COTIZANTE**

INFORMACIÓN COTIZANTE				INFORMACIÓN NOVEDADES														PENSIÓN				SALUD				RIESGOS LABORALES				CCF				PARAFISCALES															
No.	Tipo y Número de Identificación	Apellidos y Nombres	Edad	Cotizante	Subsido	Extranjero	Colom. exarator	Exonerado	ING	RET	TDE	TPE	TTP	UP	UPP	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 1010209059	FERNANDEZ PIPICANO LINA FERNANDA	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	CCF24	1.750.905	30	10.600	0	0	0	0	0

PAGADA

Redactar

Recibidos 62

Destacados

Pospuestos

Enviados

Borradores 1

Compras 10

Más

Etiquetas



¡Hola, Lina Fernanda Fernández!

**Estado de la Transacción:** Aprobada 

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

**Valor:** \$ 552.400

**Empresa:** COMPENSAR-OI

**Descripción:** MiPlanilla.com Pago Proteccion Social






**Fecha de la transacción:** 13/05/2026

**CUS:** 304842316

Gracias por utilizar nuestro servicio.



**Ten encuentra 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.

Responder Reenviar 

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

### Datos guardados

#### 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

#### Documentos de ejecución del contrato

Descripción	Nombre del archivo	Cargado por		
<input type="checkbox"/> PS 6652 2025 CUENTA DE COBRO OCTUBRE 2025.pdf	PS 6652 2025 CUENTA DE COBRO OCTUBRE 2025.pdf	Proveedor	<a href="#">Descargar</a>	<a href="#">Detalle</a>
<input type="checkbox"/> PS 6652 2025 CUENTA DE COBRO NOVIEMBRE 2025.pdf	PS 6652 2025 CUENTA DE COBRO NOVIEMBRE 2025.pdf	Proveedor	<a href="#">Descargar</a>	<a href="#">Detalle</a>
<input type="checkbox"/> PS 6652 2025 CUENTA DE COBRO DICIEMBRE 2025.pdf	PS 6652 2025 CUENTA DE COBRO DICIEMBRE 2025.pdf	Proveedor	<a href="#">Descargar</a>	<a href="#">Detalle</a>
<input type="checkbox"/> PS 6652 2025 CUENTA DE COBRO ENERO 2026.pdf	PS 6652 2025 CUENTA DE COBRO ENERO 2026.pdf	Proveedor	<a href="#">Descargar</a>	<a href="#">Detalle</a>
<input type="checkbox"/> PS 6652 2025 CUENTA DE COBRO FEBRERO 2026.pdf	PS 6652 2025 CUENTA DE COBRO FEBRERO 2026.pdf	Proveedor	<a href="#">Descargar</a>	<a href="#">Detalle</a>
<input type="checkbox"/> COMUNICACION SUPERVISOR PS 6652 2025 24-3-2026.pdf	COMUNICACION SUPERVISOR PS 6652 2025 24-3-2026.pdf	Comprador	<a href="#">Descargar</a>	<a href="#">Detalle</a>
<input type="checkbox"/> PS 6652 2025 CUENTA DE COBRO MARZO 1 AL 19 DE 2026.pdf	PS 6652 2025 CUENTA DE COBRO MARZO 1 AL 19 DE 2026.pdf	Proveedor	<a href="#">Descargar</a>	<a href="#">Detalle</a>
<input type="checkbox"/> PS 6652 2025 CUENTA DE COBRO MARZO 20 AL 31 DE 2026.pdf	PS 6652 2025 CUENTA DE COBRO MARZO 20 AL 31 DE 2026.pdf	Proveedor	<a href="#">Descargar</a>	<a href="#">Detalle</a>
<input type="checkbox"/> PS 6652 2025 CUENTA DE COBRO ABRIL 2026.pdf	PS 6652 2025 CUENTA DE COBRO ABRIL 2026.pdf	Proveedor	<a href="#">Descargar</a>	<a href="#">Detalle</a>