

DATOS DEL CONTRATISTA					
FECHA DE DILIGENCIAMIENTO: (31-08-2026)					
NOMBRES Y APELLIDOS:	BRILLITH PAOLA ZIPA ALONSO			CC:	1024504191
CORREO ELECTRÓNICO:	bz.mvz.epi@gmail.com			TELÉFONO:	3213172195
DIRECCIÓN DOMICILIO:	AC 153 94 51			CIUDAD:	BOGOTA
BANCO AL CUAL CONSIGNAR:	BANCOLOMBIA	TIPO DE CUENTA:	AHORROS	N° CUENTA:	10058398506
DATOS DEL CONTRATO O ADICION Y PERIODO OBJETO DE PAGO					
N° DEL CONTRATO:	PS 6995 2025	VALOR CORRESPONDIENTE AL PERIODO OBJETO DE COBRO		\$ 2.562.800	
FECHA DE INICIO CONTRATO	2025/10/01	FECHA DE TERMINACIÓN CONTRATO:		2026/09/30	
PERIODO OBJETO DE COBRO:	DEL 2026/07/01 AL 2026/07/31				
<div><div>BRILLITH PAOLA ZIPA ALONSO PS_6995_2025_544FBC</div></div> <div>NOMBRE Y FIRMA DEL CONTRATISTA: BRILLITH PAOLA ZIPA ALONSO CC: 1024504191 CEL: 3213172195</div>					

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

BRILLITH PAOLA ZIPA ALONSO

CON C.C N°

1.024.504.191

OBJETO DEL CONTRATO:	PRESTAR SERVICIOS PROFESIONALES ESPECIALIZADOS EN MEDICINA VETERINARIA 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 6995 2025	FECHA INICIO CONTRATO	2025/10/01
---	--------------	-----------------------	------------

VALOR INICIAL DEL CONTRATO	\$ 5.483.200	No. HORAS EJECUTADAS	86
----------------------------	--------------	----------------------	----

VALOR TOTAL DEL CONTRATO INCLUIDO ADICIONES:	\$ 75.572.800	VALOR DE HONORARIOS PERÍODO A CERTIFICAR:	\$ 2.562.800
--	---------------	---	--------------

PLAZO DEL CONTRATO INCLUYENDO PRORROGAS	DOCE (12) MESES
---	-----------------

UNIDAD FUNCIONAL DE EJECUCIÓN DE ACTIVIDADES:	CENTRO DE SALUD PRIMERO DE MAYO
---	---------------------------------

NOMBRE DEL SUPERVISOR:	ZANDRA PATRICIA CLAVIJO LOPEZ
------------------------	-------------------------------

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	OBLIGACION 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: Procesamiento de bases de datos período 2022-2026. 1.2. PRODUCTO (EVIDENCIA): Tablero de indicadores.
---	---

2	OBLIGACION 2: Presentar mensualmente el cronograma de actividades a desarrollar. 2.1. ACTIVIDADES DESARROLLADAS: Diligenciamiento, actualización y entrega de cronograma de actividades correspondiente al mes de julio de 2026 por DRIVE. 2.2. PRODUCTO (EVIDENCIA): Cronograma del mes de julio de 2026 cargado en DRIVE.
---	---

3	OBLIGACION 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: Diligenciamiento tablero de indicadores. 3.2. PRODUCTO (EVIDENCIA): Tablero de indicadores.
---	--

4	OBLIGACION 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: Apoyo en el ajuste de transcripciones de entrevistas realizadas a gestantes. 4.2. PRODUCTO (EVIDENCIA): Documentos de transcripciones ajustadas.
---	---

5	OBLIGACION 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. 5.1. ACTIVIDADES DESARROLLADAS: 1. Ajuste de indicadores posterior a la revisión de la líder del equipo ACCVSyE. 5.2. PRODUCTO (EVIDENCIA): Tablero de indicadores.
---	---

6	OBLIGACION 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. 6.1. ACTIVIDADES DESARROLLADAS: Asistencia al espacio de socialización del proceso y productos de ACCVSyE a epidemiólogos de horas adicionales. 6.2. PRODUCTO (EVIDENCIA): Acta y listado de asistencia.
---	---

7	OBLIGACION 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. 7.1. ACTIVIDADES DESARROLLADAS: Socialización de indicadores en Espacio Cogestión APS Localidad Antonio Nariño - Validación problemáticas. 7.2. PRODUCTO (EVIDENCIA): Acta y listado de asistencia.
---	--

8	OBLIGACION 8: Elaborar y presentar dentro de los plazos establecidos los informes y la información requerida con la calidad de datos (integridad, oportunidad, consistencias, exactitud) y conforme las actividades, metas y productos establecidos en los anexos y lineamientos técnicos del convenio PSPIC vigente y suscrito entre el FDS y la Subred. 8.1. ACTIVIDADES DESARROLLADAS: Envío oportuno de las actividades asignadas al correo de la líder del proceso de ACCVSyE. 8.2. PRODUCTO (EVIDENCIA): Correos enviados.
---	--

9	OBLIGACION 9: Orientar técnica y operativamente las actividades que adelante el equipo de la línea de intervención, subsistema, proyecto y/o estrategia del proceso transversal o entorno asignado, de acuerdo a su perfil profesional para el cumplimiento de los productos, actividades y/o metas establecidos en los lineamientos técnicos del convenio Interadministrativo PSPIC 9.1. ACTIVIDADES DESARROLLADAS: Elaboración de presentaciones de indicadores subred. 9.2. PRODUCTO (EVIDENCIA): Presentaciones.
---	--

10	OBLIGACION 10: Notificar los eventos de interés en salud pública detectados en cada una de sus intervenciones 10.1. ACTIVIDADES DESARROLLADAS: En caso de actividades con la comunidad, notificación de eventos en salud publica detectados 10.2. PRODUCTO (EVIDENCIA): Fichas de notificación.
----	---

	OBLIGACION 11: Organizar el archivo de la documentación generada de acuerdo a la normatividad y tabla de retención documental. 11.1. ACTIVIDADES DESARROLLADAS: Disposición de la información generada y organizada de acuerdo a las actividades definidas en el lineamiento en carpeta dispuesta para tal fin. 11.2. PRODUCTO (EVIDENCIA): Los soportes reposan en medio magnético en archivos del correo
--	--

11	de la líder de ACCVSyE.
12	OBLIGACION 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. 12.1. ACTIVIDADES DESARROLLADAS: Participación en la mesa local de bienestar de Santa Fe. 12.2. PRODUCTO (EVIDENCIA): Acta y listado de asistencia.
13	OBLIGACION 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. 13.1. ACTIVIDADES DESARROLLADAS: Participación en espacio de preauditoría del proceso con la líder de ACCVSyE. 13.2. PRODUCTO (EVIDENCIA): Acta y listado de asistencia.
14	OBLIGACION 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 14.1. ACTIVIDADES DESARROLLADAS: Apoyo en las salidas de características sociodemográficas de eventos con alerta de la Subred. 14.2. PRODUCTO (EVIDENCIA): Salidas de sociodemográficos de eventos en la subred.

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 (2026-07-01) AL (2026-07-31)

IV. INFORMACIÓN DE APORTES A SEGURIDAD SOCIAL			
No. DE PLANILLA:	N° 93493516	OPERADOR:	MI PLANILLA
CONCEPTO DEL PAGO	ENTIDAD	FECHA DE PAGO	VALOR PAGADO
SALUD:	COMPENSAR	2026/07/15	\$ 381.500
PENSIÓN:	PROTECCION	2026/07/15	\$ 488.300
RIESGOS LABORALES:	SURA	2026/07/15	\$ 74.400
OTRO			
TOTAL PAGADO			\$ 944.200

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 periodo correspondiente

NOMBRE Y FIRMA DEL CONTRATISTA	<div><div>BRILLITH PAOLA ZIPA ALONSO PS_6995_2025_544FBC</div></div> <div>BRILLITH PAOLA ZIPA ALONSO CC: 1024504191</div>
--------------------------------	--

FIRMA DE QUIEN VALIDA



MAYRA MILENA JARAMILLO QUIROZ

PS_6995_2025_544FBC

MAYRA MILENA JARAMILLO QUIROZ
SUPERVISOR ALTERNO

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



ZANDRA PATRICIA CLAVIJO LOPEZ

PS_6995_2025_544FBC

ZANDRA PATRICIA CLAVIJO LOPEZ
SUPERVISOR DEL CONTRATO

DATOS DEL APORTANTE						
TIPO	NÚMERO	NOMBRE APORTANTE		DIRECCIÓN	TELÉFONO	CORREO
CC	1024504191	BRILLITH PAOLA ZIPA ALONSO		AC 153 94 51 CASA 78	3213172195	brillith.zipa.mvz@gmail.com
FORMA PRESENTACIÓN	CLASE APORTANTE	NOMBRE SUCURSAL	CÓDIGO	DEPARTAMENTO	CIUDAD / MUNICIPIO	
ÚNICA	I – Independiente			CUNDINAMARCA	MADRID	
						EXONERADO PAGO PARAFISCALES Y SALUD
						NO

DATOS DE LA PLANILLA					
PLANILLA ASOCIADA	FECHA PAGO ASOCIADA (DÍAS/MES/AÑO)	NÚMERO PLANILLA	FECHA PAGO (DÍAS/MES/AÑO)	CANTIDAD EMPLEADOS	CANTIDAD UPC
		93493516	15/07/2026	1	0
PERIODO SALUD	PERIODO PENSIÓN	TIPO PLANILLA	TOTAL NÓMINA	TOTAL A PAGAR	
2026-06	2026-06	I	\$3,051,520	\$962.600	

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	381.500	0		0		0	0	0	0	381.500	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
230201	Proteccion (ING + Proteccion)	800229739-0	488.300	0	0	0	0	0	0		488.300	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	74.400				74.400	0	0	74.400			744	74.400	1

TOTALES CAJAS									
Código CCF	Nombre					NIT	Valor Aporte	Días Mora	Valor Mora Aporte
CCF24	Compensar Caja					860066942-7	18.400	0	0
					Total a Pagar		No. Afiliados		
					18.400		1		

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

TOTALES POR SUBSISTEMA			
Tipo Administradora	No. Administradoras Reportadas	Valor antes de IGE, LMA, IRP y Mora	Total a Pagar
Salud	1	381.500	381.500
Pensión	1	488.300	488.300
Riesgos Laborales	1	74.400	74.400
CCF	1	18.400	18.400
ESAP	0	0	0
ICBF	0	0	0
MEN	0	0	0
SENA	0	0	0
TOTALES	4	962.600	962.600

DATOS DEL APORTANTE							
TIPO	NÚMERO	NOMBRE APORTANTE		DIRECCIÓN	TELÉFONO	CORREO	EXONERADO PAGO PARAFISCALES Y SALUD
CC	1024504191	BRILLITH PAOLA ZIPA ALONSO		AC 153 94 51 CASA 78	3213172195	brillith.zipa.mvz@gmail.com	
FORMA PRESENTACIÓN	CLASE APORTANTE	NOMBRE SUCURSAL	CÓDIGO	DEPARTAMENTO	CIUDAD / MUNICIPIO		
ÚNICA	I – Independiente			CUNDINAMARCA	MADRID		NO

DATOS DE LA PLANILLA					
PLANILLA ASOCIADA	FECHA PAGO ASOCIADA (DÍAS/MES/AÑO)	NÚMERO PLANILLA	FECHA PAGO (DÍAS/MES/AÑO)	CANTIDAD EMPLEADOS	CANTIDAD UPC
		93493516	15/07/2026	1	0
PERIODO SALUD	PERIODO PENSIÓN	TIPO PLANILLA	TOTAL NÓMINA	TOTAL A PAGAR	
2026-06	2026-06	I	\$3,051,520	\$962.600	

DETALLE POR COTIZANTE

INFORMACIÓN COTIZANTE						INFORMACIÓN NOVEDADES										PENSIÓN						SALUD				RIESGOS LABORALES				CCF			PARAFISCALES																			
No.	Tipo y Número de Identificación	Apellidos y Nombres	Cotizante	Saludpo	Externo	Cotiz. exterior	Inconveniente	IND	NT	NT	TAE	TAE	TDP	TAP	VSP	VSP	SLN	ISE	LMA	VAC	AVP	AVP	VCT	VCT	IRL	CORRECCION	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 1024504191	ZIPA ALONSO BRILLITH PAOLA	59	0		N																					230201	3.051.520	30	488.300	0	0	0	0	EPS008	3.051.520	30	381.500	14-11	3.051.520	30	3	74.400	CCF24	3.051.520	30	18.400	0	0	0	0	0



Comprobante en línea
Pago PSE

14 Jul 2026 23:24



Pago exitoso
CUS 480654274

Comercio
COMPENSAR-OI

Referencia 1
186.31.127.26

Fecha
14 Jul 2026 23:24

Referencia 2
CC

Número de factura
93493516

Referencia 3
1024504191

Descripción del pago
MiPlanillacom Pago Proteccion Social

Valor del Pago
\$962.600

Número de comprobante
TR260714232426QfnkBX

Costo de la transacción
\$ 0

Producto origen
Cuenta de ahorros
****** 8506**



Búsqueda

Mis procesos

Menú

Ir a

Buscar...

Escritorio → Menú → Administración de contratos → **Ver contrato**

1 [Información general](#)

Cancelar

<

Evaluación de la Entidad Estatal

>

2 [Condiciones](#)

VER CONTRATO

3 [Bienes y servicios](#)

Ejecución del Contrato

4 [Documentos del Proveedor](#)

☐ Porcentaje ☐ Recepción de artículos

5 [Documentos del contrato](#)

Plan de Pagos

6 [Información presupuestal](#)

¿Se requieren emisiones de
códigos de autorización? ☐ Sí ☒ No

7 **Ejecución del Contrato**

8 [Modificaciones del Contrato](#)

Id de pago	Número de factura	Fecha de emisión	Fecha de recepción	Valor total de la factura	Estado
------------	-------------------	------------------	--------------------	---------------------------	--------

9 [Incumplimientos](#)

No existen resultados que cumplan con los criterios de búsqueda especificados

Crear

Documentos de ejecución del contrato

	Descripción	Nombre del archivo	Cargado por		
☐	COMUNICACION SUPERVISOR PS 6995 2025 24-3-2026.pdf	COMUNICACION SUPERVISOR PS 6995 2025 24-3-2026.pdf	Comprador	Descargar	Detalle
☐	PS 6995 2025 CUENTA DE COBRO MARZO 1 AL 19 DE 2026.pdf	PS 6995 2025 CUENTA DE COBRO MARZO 1 AL 19 DE 2026.pdf	Proveedor	Descargar	Detalle
☐	PS 6995 2025 CUENTA DE COBRO MARZO 20 AL 31 DE 2026.pdf	PS 6995 2025 CUENTA DE COBRO MARZO 20 AL 31 DE 2026.pdf	Proveedor	Descargar	Detalle
☐	PS 6995 2025 CUENTA DE COBRO ABRIL 2026.pdf	PS 6995 2025 CUENTA DE COBRO ABRIL 2026.pdf	Proveedor	Descargar	Detalle
☐	PS 6995 2025 CUENTA DE COBRO MAYO 2026.pdf	PS 6995 2025 CUENTA DE COBRO MAYO 2026.pdf	Proveedor	Descargar	Detalle
☐	PS 6995 2025 CUENTA DE COBRO JUNIO 2026.pdf (Archivado)	PS 6995 2025 CUENTA DE COBRO JUNIO 2026.pdf	Proveedor	Descargar	Detalle
☐	PS 6995 2025 CUENTA DE COBRO JUNIO.2026.pdf	PS 6995 2025 CUENTA DE COBRO JUNIO.2026.pdf	Proveedor	Descargar	Detalle
☐	PS 6995 2025 CUENTA DE COBRO ADICIONALES JUNIO 2026.pdf	PS 6995 2025 CUENTA DE COBRO ADICIONALES JUNIO 2026.pdf	Proveedor	Descargar	Detalle
☐	PS 6995 2025 CUENTA DE COBRO JULIO 2026.pdf	PS 6995 2025 CUENTA DE COBRO JULIO 2026.pdf	Proveedor	Descargar	Detalle
☐	PS 6995 2025 CUENTA DE COBRO OCTUBRE 2025.pdf	PS 6995 2025 CUENTA DE COBRO OCTUBRE 2025.pdf	Proveedor	Descargar	Detalle
☐	PS 6995 2025 CUENTA DE COBRO NOVIEMBRE 2025 (1).pdf (Archivado)	PS 6995 2025 CUENTA DE COBRO NOVIEMBRE 2025 (1).pdf	Proveedor	Descargar	Detalle
☐	PS 6995 2025 CUENTA DE COBRO NOVIEMBRE 2025.pdf	PS 6995 2025 CUENTA DE COBRO NOVIEMBRE 2025.pdf	Proveedor	Descargar	Detalle
☐	PS 6995 2025 CUENTA DE COBRO DICIEMBRE 2025.pdf	PS 6995 2025 CUENTA DE COBRO DICIEMBRE 2025.pdf	Proveedor	Descargar	Detalle
☐	PS 6995 2025 CUENTA DE COBRO ENERO 2026.pdf	PS 6995 2025 CUENTA DE COBRO ENERO 2026.pdf	Proveedor	Descargar	Detalle
☐	PS 6995 2025 CUENTA DE COBRO FEBRERO 2026.pdf	PS 6995 2025 CUENTA DE COBRO FEBRERO 2026.pdf	Proveedor	Descargar	Detalle

Borrar

Cargar nuevo

Cancelar

<

Evaluación de la Entidad Estatal

>