**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: (31-08-2026)** | | | | | |
| **NOMBRES Y APELLIDOS:** | **DIANA ALEXANDRA BERNAL MARTINEZ** | | | **CC:** | **52494585** |
| **CORREO ELECTRÓNICO:** | **DIANKIBERNAL@GMAIL.COM** | | | **TELÉFONO:** | **3144162439** |
| **DIRECCIÓN DOMICILIO:** | **KR 80 A 70 40** | | | **CIUDAD:** | **BOGOTA** |
| **BANCO AL CUAL CONSIGNAR:** | **BANCOLOMBIA** | **TIPO DE CUENTA:** | **AHORROS** | **N° CUENTA:** | **67397781370** |
| **DATOS DEL CONTRATO O ADICION Y PERIODO OBJETO DE PAGO** | | | | | |
| **Nº DEL CONTRATO:** | **PS 3191 2026** | **VALOR CORRESPONDIENTE AL PERIODO OBJETO DE COBRO** | | | **$ 4.195.200** |
| **FECHA DE INICIO CONTRATO** | **2026/02/16** | **FECHA DE TERMINACIÓN CONTRATO:** | | | **2026/09/30** |
| **PERIODO OBJETO DE COBRO:** | **DEL 2026/08/01 AL 2026/08/31** | | | | |

*DIANA ALEXANDRA BERNAL MARTINEZ*
*PS_3191_2026_47EBB7*

**NOMBRE Y FIRMA DEL CONTRATISTA:**
**DIANA ALEXANDRA BERNAL MARTINEZ**
**CC: 52494585**
**CEL: 3144162439**

| | | |
|---|---|---|
| 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** | | | |
| **DIANA ALEXANDRA BERNAL MARTINEZ** | | | |
| | **CON C.C N°** | **52.494.585** | |
| **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 3191 2026** | **FECHA INICIO CONTRATO** | **2026/02/16** |
| **VALOR INICIAL DEL CONTRATO** | $ 15.102.720 | **No. HORAS EJECUTADAS** | **184** |
| **VALOR TOTAL DEL CONTRATO INCLUIDO ADICIONES:** | $ 37.672.440 | **VALOR DE HONORARIOS PERÍODO A CERTIFICAR:** | $ 4.195.200 |
| **PLAZO DEL CONTRATO INCLUYENDO PRORROGAS** | OCHO (8) MESES | | |
| **UNIDAD FUNCIONAL DE EJECUCIÓN DE ACTIVIDADES:** | SEDE ADMINISTRATIVA SAN JOSE OBRERO | | |
| **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**<br>**(Deben ser coherentes con las obligaciones específicas del contrato realizadas durante el mes)** |
|---|---|
| 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: Desarrollar actividades propuestas en el entorno laboral durante el mes de Octubre 2025, como son: brindar asesoría para el cuidado y la protección de la salud mental en niños, niñas y adolescentes y asesorías en promoción del cuidado de la salud con énfasis en prevención de factores de riesgo en salud mental. 1.2 PRODUCTO (EVIDENCIA): Formatos de NNA,UTIS, TAMIZAJES. |
| 2 | OBLIGACIÓN: Presentar mensualmente el cronograma de actividades a desarrollar. 2.1 ACTIVIDADES DESARROLLADAS: Presentación y actualización de cronograma de actividades de manera mensual 2.2 PRODUCTO (EVIDENCIA): Cronograma en magnético-Drive https://docs.google.com/spreadsheets/d/1cEjnF2Eo/edit? |
| 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: Brindar apoyo de las actividades programadas por el entorno laboral en pro del cumplimiento de las metas y demás actividades que disponga el líder del entorno. 3.2 PRODUCTO (EVIDENCIA): Acta y listado de asistencia |
| 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: Brindar asesorías de promoción del cuidado de la salud mental en Niños , niñas y adolescentes , y a los trabajadores de la economía informal en unidades de trabajo de alto , mediano y bajo impacto. 4.2 PRODUCTO (EVIDENCIA): Formatos de NNA,UTIS, TAMIZAJES |
| 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: Desarrollar actividades propuestas en el entorno laboral durante el mes de AGOSTO 2025, como son: brindar asesoría para el cuidado y la protección de la salud mental en niños, niñas y adolescentes y asesorías en promoción del cuidado de la salud con énfasis en prevención de factores de riesgo en salud mental. 5.2 PRODUCTO (EVIDENCIA): Formatos de NNA,UTIS, TAMIZAJES |
| 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: Se realiza lectura a los lineamientos de la nueva vigencia y demás material de apoyo para la ejecución de actividades. 6.2 PRODUCTO (EVIDENCIA): Acta y listado de asistencia |
| 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: Validación de formatos con calidad que garanticen la información correspondiente al desarrollo de las actividades ejecutadas. 7.2 PRODUCTO (EVIDENCIA): Formatos de NNA y UTIS. |
| 8 | OBLIGACIÓN: Notificar los eventos de interés en salud pública detectados en cada una de sus intervenciones. 8.1 ACTIVIDADES DESARROLLADAS: se realiza canalización sectorial e intersectorial y agendamiento a usuarios de eps Capital salud teniendo en cuenta rutas de atención integral en salud y población a abordar. 8.2 PRODUCTO (EVIDENCIA): Formato de excel al correo de canalizaciones. |
| 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 gestión documental mensual de acuerdo a las necesidades desarrolladas y auditadas en el proceso anterior 9.2 PRODUCTO (EVIDENCIA): Acta y listado de asistencia. |

| | |
|---|---|
| 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: se realiza canalización sectorial e intersectorial y agendamiento a usuarios de Eps Capital salud teniendo en cuenta rutas de atención integral en salud y población a abordar. 10.2 PRODUCTO (EVIDENCIA): Formato de Excel al correo de canalizaciones. |
| 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: Realizar revisión detallada de soportes de las intervenciones teniendo en cuenta adecuado diligenciamiento calidad y de Manera oportuna. 11.2 PRODUCTO (EVIDENCIA): Formatos de NNA, UTIS, TAMIZAJES. |
| 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: Asistir o apoyar las diferentes actividades que hagan parte de los procesos trasversales de la subred centro oriente. 12.2 PRODUCTO (EVIDENCIA): Acta y listado 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 (2026-08-01) AL (2026-08-31)

## IV. INFORMACIÓN DE APORTES A SEGURIDAD SOCIAL

| | | | |
|---|---|---|---|
| No. DE PLANILLA: | N° 9508845427 | OPERADOR: | APORTES EN LINEA |

| CONCEPTO DEL PAGO | ENTIDAD | FECHA DE PAGO | VALOR PAGADO |
|---|---|---|---|
| SALUD: | COMPENSAR | 2026/08/14 | $ 218.900 |
| PENSIÓN: | COLPENSIONES | 2026/08/14 | $ 280.200 |
| RIESGOS LABORALES: | POSITIVA | 2026/08/14 | $ 42.700 |
| OTRO | | | |
| TOTAL PAGADO | | | $ 541.800 |

## 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 ALEXANDRA BERNAL MARTINEZ*<br>*PS_3191_2026_47EBB7*<br>**DIANA ALEXANDRA BERNAL MARTINEZ**<br>**CC: 52494585** |

| | |
|---|---|
| **FIRMA DE QUIEN VALIDA** | *JEAN PAUL ALARCON BARRAGAN*<br>*PS_3191_2026_47EBB7*<br>**JEAN PAUL ALARCON BARRAGAN**<br>**SUPERVISOR ALTERNO** |
| **FIRMA DE QUIEN CONVALIDA EL CUMPLIMIENTO DE LAS OBLIGACIONES PARA EL PRESENTE PERIODO DE PAGO** | *ZANDRA PATRICIA CLAVIJO LOPEZ*<br>*PS_3191_2026_47EBB7*<br>**ZANDRA PATRICIA CLAVIJO LOPEZ**<br>**SUPERVISOR DEL CONTRATO** |