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:	**SANDRA PATRICIA ROMERO ROMERO**			**CC:**	**52025696**
CORREO ELECTRÓNICO:	**alfayomega617@gmail.com**			**TELÉFONO:**	**3114637194**
DIRECCIÓN DOMICILIO:	**KR 12D 32F 18 SUR**			**CIUDAD:**	**BOGOTA**
BANCO AL CUAL CONSIGNAR:	**BBVA COLOMBIA**	**TIPO DE CUENTA:**	**AHORROS**	**N° CUENTA:**	**035033836**
DATOS DEL CONTRATO O ADICION Y PERIODO OBJETO DE PAGO					
Nº DEL CONTRATO:	**PS 6829 2025**	**VALOR CORRESPONDIENTE AL PERIODO OBJETO DE COBRO**			**$ 1.322.400**
FECHA DE INICIO CONTRATO	**2025/10/01**	**FECHA DE TERMINACIÓN CONTRATO:**			**2026/09/30**
PERIODO OBJETO DE COBRO:	**DEL 2026/08/01 AL 2026/08/14**				

SANDRA PATRICIA ROMERO ROMERO
PS_6829_2025_8A0CD6

NOMBRE Y FIRMA DEL CONTRATISTA:
SANDRA PATRICIA ROMERO ROMERO
CC: 52025696
CEL: 3114637194

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** **APOYO - GESTION DE CONTRATACIÓN** **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 **VERSIÓN:** 2 **FECHA:** 2025-06-09

CELEBRADO ENTRE LA SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E Y			
SANDRA PATRICIA ROMERO ROMERO			
	CON C.C N°	**52.025.696**	
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 6829 2025**	**FECHA INICIO CONTRATO**	**2025/10/01**
VALOR INICIAL DEL CONTRATO	$ 4.195.200	**No. HORAS EJECUTADAS**	**58**
VALOR TOTAL DEL CONTRATO INCLUIDO ADICIONES:	$ 62.109.480	**VALOR DE HONORARIOS PERÍODO A CERTIFICAR:**	$ 1.322.400
PLAZO DEL CONTRATO INCLUYENDO PRORROGAS	DOCE (12) 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** **(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 A DESARROLLADAS: Desarrollar propuestas en el entorno laboral durante el mes en cuerso, 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	2. OBLIGACION 2: Presentar mensualmente el cronograma de actividades a desarrollar. 2.1 ACTIVIDADES A 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	3. OBLIGACIÓN 3: Apoyar la prestación de servicios en el Plan de Intervenciones Colectivas, presentando la información y/o soportes que se solicitan conforme a los anexos y lineamientos técnicos del convenio PSPIC vigente y suscrito entre el FDS y la Subred. 3.1 ACTIVIDADES A 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 4: Apoyar las actividades inherentes al objeto del contrato para el mejoramiento continuo de calidad y aquellas definidas dentro de los planos de mejoramiento de los diferentes estándares de habilitación y acreditación de servicios de salud. 4.1 ACTIVIDADES A DESARROLLADAS: Brindar asesorías de promoción del cuidado de la salud mental en Niños, niñas y adolescentes, ya 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	OBLIGACION 5 : Cumplir con la meta, actividades y/o productos programados y asignados con la calidad del dato requerido (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 A DESARROLLADAS: Desarrollar propuestas en el entorno laboral durante el mes en curso, 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, TAMIZAJESv
6	OBLIGACIÓN 6: Realizar la 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 A 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 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. 7.1 ACTIVIDADES A DESARROLLADAS: Validación de formatos con calidad que garantizan la información correspondiente al desarrollo de las actividades ejecutadas 7.2 PRODUCTO (EVIDENCIA): Formatos de NNA y UTIS.
8	OBLIGACIÓN 8: Notificar los eventos de interés en salud pública detectados en cada una de sus intervenciones. 8.1 ACTIVIDADES A 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	OBLIGACIÓN9: Organizar el archivo de la documentación generada de acuerdo a la normatividad y tabla de retención documental. 9.1 ACTIVIDADES A DESARROLLADAS: Se realiza gestion documental mensual deacuerdo a las necesidades desarrolladas y auditadas en el proceso anterior 9.2 PRODUCTO (EVIDENCIA): Acta y listado de asistencia.

10	OBLIGACION 10: 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 A DESARROLLADAS: se realiza canalización sectorial e intersectorial y agendamiento a usuarios de Eps Capital salud teniendo en cuenta rutas de atención de atención integral en salud y población a abordar 10.2 PRODUCTO (EVIDENCIA): Formato de excel al correo de canalizaciones.
11	OBLIGACION 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. 11.1 ACTIVIDADES A 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 12: Realizar las demás obligaciones que se relacionan 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 A 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 (2026-08-14)

IV. INFORMACIÓN DE APORTES A SEGURIDAD SOCIAL

No. DE PLANILLA:	N° 9509697851	OPERADOR:	APORTES EN LINEA

CONCEPTO DEL PAGO	ENTIDAD	FECHA DE PAGO	VALOR PAGADO
SALUD:	COMPENSAR	2026/08/20	$ 228.000
PENSIÓN:	PORVENIR	2026/08/20	$ 291.900
RIESGOS LABORALES:	SEGUROS BOLIVAR	2026/08/20	$ 44.500
OTRO			
TOTAL PAGADO			$ 564.400

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	*SANDRA PATRICIA ROMERO ROMERO* *PS_6829_2025_8A0CD6* **SANDRA PATRICIA ROMERO ROMERO** **CC: 52025696**

FIRMA DE QUIEN VALIDA	*JEAN PAUL ALARCON BARRAGAN* *PS_6829_2025_8A0CD6* **JEAN PAUL ALARCON BARRAGAN** **SUPERVISOR ALTERNO**
FIRMA DE QUIEN CONVALIDA EL CUMPLIMIENTO DE LAS OBLIGACIONES PARA EL PRESENTE PERIODO DE PAGO	*ZANDRA PATRICIA CLAVIJO LOPEZ* *PS_6829_2025_8A0CD6* **ZANDRA PATRICIA CLAVIJO LOPEZ** **SUPERVISOR DEL CONTRATO**