

DATOS DEL CONTRATISTA					
FECHA DE DILIGENCIAMIENTO: (28-02-2026)					
NOMBRES Y APELLIDOS:	YOLI FERNANDA CHAVES DELGADILLO			CC:	52522016
CORREO ELECTRÓNICO:	FERNANDACH150@GMAIL.COM			TELÉFONO:	3128471313
DIRECCIÓN DOMICILIO:	CL 49A SUR 26 53			CIUDAD:	BOGOTA
BANCO AL CUAL CONSIGNAR:	BANCO DAVIVIENDA S.A.	TIPO DE CUENTA:	AHORROS	N° CUENTA:	475300031048
DATOS DEL CONTRATO O ADICION Y PERIODO OBJETO DE PAGO					
N° DEL CONTRATO:	PS 1258 2026	VALOR CORRESPONDIENTE AL PERIODO OBJETO DE COBRO		\$ 4.377.600	
FECHA DE INICIO CONTRATO	2026/02/02	FECHA DE TERMINACIÓN CONTRATO:		2026/05/31	
PERIODO OBJETO DE COBRO:	DEL 2026/02/02 AL 2026/02/28				
<div><div>YOLI FERNANDA CHAVES DELGADILLO PS_1258_2026_C353FE</div></div> <div>NOMBRE Y FIRMA DEL CONTRATISTA: YOLI FERNANDA CHAVES DELGADILLO CC: 52522016 CEL: 3128471313</div>					

CELEBRADO ENTRE LA SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E Y
YOLI FERNANDA CHAVES DELGADILLO

CON C.C N°52.522.016

OBJETO DEL CONTRATO:PRESTAR SERVICIOS COMO PSICOLOGO PARA DESARROLLAR ACTIVIDADES EN LA DIRECCION DE SERVICIOS
COMPLEMENTARIOS DE LA SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E.

CONTRATO DE PRESTACION DE SERVICIOSPROFESIONALES No. PS 1258 2026FECHA INICIO CONTRATO2026/02/02

VALOR INICIAL DEL CONTRATO\$18.094.080No. HORAS EJECUTADAS180

VALOR TOTAL DEL CONTRATO INCLUIDO ADICIONES:\$18.094.080VALOR DE HONORARIOS PERÍODO A CERTIFICAR:\$4.377.600

PLAZO DEL CONTRATO INCLUYENDO PRORROGASCUATRO (4) MESES

UNIDAD FUNCIONAL DE EJECUCIÓN DE ACTIVIDADES:HOSPITAL SANTA CLARA

NOMBRE DEL SUPERVISOR:MARIANO ALEJANDRO DE JESUS ORTEGA LONDOÑO

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. facilitar el proceso de adaptación del paciente y su familia a la enfermedad renal crónica avanzada abordando emociones como miedo, tristeza, ansiedad
- 2

2. Detecta y trata trastornos comunes en esta población, como depresión y ansiedad, que pueden afectar la adherencia al tratamiento y la calidad de vida.
- 3

3. Colabora en el proceso, ayudando al paciente a comprender las opciones de tratamiento renal y a tomar decisiones informadas basadas en sus valores y estilo.
- 4

4. Intervenir a pacientes y familiares en situaciones de crisis emocionales durante la transmisión de información médica, proporcionando apoyo inmediato y adecuado.
- 5

5. Forma parte de equipos multidisciplinarios, colaborando estrechamente con nefrólogos, enfermeras y trabajadores sociales para ofrecer una atención integral y coordinada.
- 6

6. Brinda orientación y apoyo a los familiares, ayudándoles a comprender la enfermedad y a manejar el estrés asociado al cuidado del paciente.
- 7

7. Realizar seguimiento continuo a los pacientes de la unidad renal elaborando notas clínicas de los pacientes valorados dentro de la unidad renal.
- 8

8. Se realiza actividades educativas e informativas dentro de la unidad renal
- 9

9.Asistir a capacitaciones y charlas programadas por la institución
- 10

10. Cumplir lo establecido por la institución de acuerdo a los cronogramas establecidos para el desarrollo de las actividades pertinentes con el objeto del contrato
- 11

11. Brindar información al paciente y su familia sobre su estado de salud, aclarando riesgos complicaciones y beneficios de su tratamiento.
- 12

12. Se hace uso adherente al manual de bioseguridad.

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 (2026-02-02) AL (2026-02-28)

IV. INFORMACIÓN DE APORTES A SEGURIDAD SOCIAL
No. DE PLANILLA:N° 9498273044OPERADOR:APORTES EN LINEA

CONCEPTO DEL PAGO	ENTIDAD	FECHA DE PAGO	VALOR PAGADO
SALUD:	COMPENSAR	2026/02/12	\$ 218.900
PENSIÓN:	PROTECCION	2026/02/12	\$ 280.200
RIESGOS LABORALES:	SURA	2026/02/12	\$ 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 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	 YOLI FERNANDA CHAVES DELGADILLO PS_1258_2026_C353FE YOLI FERNANDA CHAVES DELGADILLO CC: 52522016		
FIRMA DE QUIEN VALIDA	 VANESSA CORREDOR GUZMAN PS_1258_2026_C353FE VANESSA CORREDOR GUZMAN SUPERVISOR ALTERNO		
FIRMA DE QUIEN CONVALIDA EL CUMPLIMIENTO DE LAS OBLIGACIONES PARA EL PRESENTE PERIODO DE PAGO	 MARIANO ALEJANDRO DE JESUS ORTEGA LONDOÑO PS_1258_2026_C353FE MARIANO ALEJANDRO DE JESUS ORTEGA LONDOÑO SUPERVISOR DEL CONTRATO		

DATOS GENERALES DEL APORTANTE								
Identificación	dv	Razon Social	Clase Aportante	Sucursal Principal	Dirección	Ciudad-Departamento	Teléfono	Exonerado SENA e ICBF
CC 52522016		CHAVES DELGADILLO YOLI FERNANDA	INDEPENDIENTE	PRINCIPAL	CL 52F SUR No 24-50	BOGOTA-BOGOTA D.E.	3036556	Si

DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION									
Periodo		Clave		Tipo	Fecha		Pago		
Pensión	Salud	Pago		Planilla	Planilla	Limite	Pago	Banco	Valor
2025-12	2025-12	2056178996		9497438739	I	2026/01/07	2026/01/05	NEQUI	\$473,200

LIQUIDACION DETALLADA DE APORTES																						
EMPLEADO			PENSION				SALUD				CCF				RIESGOS				PARAFISCALES			
No.	Identificación	Nombres	Codigo	Dias	IBC	Aporte	Codigo	Dias	IBC	Aporte	Codigo	Dias	IBC	Aporte	Codigo	Dias	IBC	Aporte	Dias	IBC	Aporte	
Sucursal: PRINCIPAL (1 Afiliados)					\$1,528,858	\$244,700			\$1,528,858	\$191,200			\$0	\$0			\$1,528,858	\$37,300		\$0	\$0	
Centro de Trabajo: PRINCIPAL (1 Afiliados)					\$1,528,858	\$244,700			\$1,528,858	\$191,200			\$0	\$0			\$1,528,858	\$37,300		\$0	\$0	
Ciudad: BOGOTA Depto: BOGOTA D.E. (1 Afiliados)					\$1,528,858	\$244,700			\$1,528,858	\$191,200			\$0	\$0			\$1,528,858	\$37,300		\$0	\$0	
1	CC	52522016	CHAVES YOLI	230201	30	\$1,528,858	\$244,700	EPS008	30	\$1,528,858	\$191,200		0	\$0	\$0	14-11	30	\$1,528,858	\$37,300	0	\$0	\$0
Total Afiliados(1)					\$1,528,858	\$244,700			\$1,528,858	\$191,200			\$0	\$0			\$1,528,858	\$37,300		\$0	\$0	

DATOS GENERALES DEL APORTANTE								
Identificación	dv	Razon Social	Clase Aportante	Sucursal Principal	Direccion	Ciudad-Departamento	Teléfono	Exonerado SENA e ICBF
CC 52522016		CHAVES DELGADILLO YOLI FERNANDA	INDEPENDIENTE	PRINCIPAL	CL 52F SUR No 24-50	BOGOTA-BOGOTA D.E.	3036556	Si

DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION									
Periodo		Clave		Tipo	Fecha		Pago		
Pensión	Salud	Pago	Planilla	Planilla	Limite	Pago	Banco	Dias Mora	Valor
2025-12	2025-12	2056178996	9497438739	I	2026/01/07	2026/01/05	NEQUI	0	\$473,200

RESUMEN DE PAGO									
RIESGO	CODIGO	NIT	DV	AFILIADOS	VALOR LIQUIDADO	INTERESES MORA	SALDOS E INCAPACIDADES	VALOR A PAGAR	
AFP (ADMINISTRADORAS: 1)				1	\$244,700	\$0	\$0	\$244,700	
PROTECCION	230201	800,229,739	0	1	\$244,700	\$0	\$0	\$244,700	
ARL (ADMINISTRADORAS: 1)				1	\$37,300	\$0	\$0	\$37,300	
ARL SURA	14-11	890,903,790	5	1	\$37,300	\$0	\$0	\$37,300	
EPS (ADMINISTRADORAS: 1)				1	\$191,200	\$0	\$0	\$191,200	
COMPENSAR	EPS008	860,066,942	7	1	\$191,200	\$0	\$0	\$191,200	
TOTAL				1	\$473,200	\$0	\$0	\$473,200	