

DATOS DEL CONTRATISTA					
FECHA DE DILIGENCIAMIENTO: (31-08-2026)					
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			\$ 5.058.560
FECHA DE INICIO CONTRATO	2026/02/02	FECHA DE TERMINACIÓN CONTRATO:			2026/08/31
PERIODO OBJETO DE COBRO:	DEL 2026/08/01 AL 2026/08/31				



YOLI FERNANDA CHAVES DELGADILLO
PS_1258_2026_F8D129

NOMBRE Y FIRMA DEL CONTRATISTA:
YOLI FERNANDA CHAVES DELGADILLO
CC: 52522016
CEL: 3128471313

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 SERVICIOS PROFESIONALES No.		PS 1258 2026	FECHA INICIO CONTRATO	2026/02/02
VALOR INICIAL DEL CONTRATO	\$ 18.094.080	No. HORAS EJECUTADAS	208	
VALOR TOTAL DEL CONTRATO INCLUIDO ADICIONES:	\$ 34.169.600	VALOR DE HONORARIOS PERÍODO A CERTIFICAR:	\$ 5.058.560	
PLAZO DEL CONTRATO INCLUYENDO PRORROGAS	SIETE (7) MESES			
UNIDAD FUNCIONAL DE EJECUCIÓN DE ACTIVIDADES:	HOSPITAL SANTA CLARA			
NOMBRE DEL SUPERVISOR:	MARIANO ALEJANDRO DE JESUS ORTEGA LONDOÑO			
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	facilitar el proceso de adaptación del paciente y su familia a la enfermedad renal crónica avanzada abordando emociones como miedo, tristeza, ansiedad			
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	. 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	Intervenir a pacientes y familiares en situaciones de crisis emocionales durante la transmisión de información médica, proporcionando apoyo inmediato y adecuado.			
5	Forma parte de equipos multidisciplinarios, colaborando estrechamente con nefrólogos, enfermeras y trabajadores sociales para ofrecer una atención integral y coordinada.			
6	Brinda orientación y apoyo a los familiares, ayudándoles a comprender la enfermedad y a manejar el estrés asociado al cuidado del paciente.			
7	Realizar seguimiento continuo a los pacientes de la unidad renal elaborando notas clínicas de los pacientes valorados dentro de la unidad renal			
8	Se realiza actividades educativas e informativas dentro de la unidad renal			
9	Asistir a capacitaciones y charlas programadas por la institución			
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	Brindar información al paciente y su familia sobre su estado de salud, aclarando riesgos complicaciones y beneficios de su tratamiento.			
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 (2026-08-01) AL (2026-08-31)				
IV. INFORMACIÓN DE APORTES A SEGURIDAD SOCIAL				
No. DE PLANILLA:	N° 9509382907	OPERADOR:	APORTES EN LINEA	

CONCEPTO DEL PAGO	ENTIDAD	FECHA DE PAGO	VALOR PAGADO
SALUD:	COMPENSAR	2026/08/12	\$ 243.200
PENSIÓN:	PROTECCION	2026/08/12	\$ 311.300
RIESGOS LABORALES:	SURA	2026/08/12	\$ 47.400
OTRO			
TOTAL PAGADO			\$ 601.900
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	<div><div>YOLI FERNANDA CHAVES DELGADILLO</div><div>PS_1258_2026_F8D129</div><div>YOLI FERNANDA CHAVES DELGADILLO</div><div>CC: 52522016</div></div>		
FIRMA DE QUIEN CONVALIDA EL CUMPLIMIENTO DE LAS OBLIGACIONES PARA EL PRESENTE PERIODO DE PAGO	<div><div>MARIANO ALEJANDRO DE JESUS ORTEGA LONDOÑO</div><div>PS_1258_2026_F8D129</div><div>MARIANO ALEJANDRO DE JESUS ORTEGA LONDOÑO</div><div>SUPERVISOR DEL CONTRATO</div></div>		

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 49a sur 26-53	BOGOTA-BOGOTA D.E.	3128471313	Si	

DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION									
Periodo		Clave		Tipo	Fecha		Pago		
Pensión	Salud	Pago		Planilla	Planilla	Limite	Pago	Banco	Valor
2026-08	2026-08	644334297		9511014519	N	2026/09/04	2026/09/11	BANCO DAVIVIENDA	\$26,100

LIQUIDACION DETALLADA DE APORTES																					
EMPLEADO			PENSION				SALUD				CCF				RIESGOS				PARAFISCALES		
No.	Identificación	Nombres	Codigo	Días	IBC	Aporte	Codigo	Días	IBC	Aporte	Codigo	Días	IBC	Aporte	Codigo	Días	IBC	Aporte	Días	IBC	Aporte
Sucursal: PRINCIPAL (1 Afiliados)					\$77,824	\$12,500			\$77,824	\$9,800			\$77,824	\$1,500			\$77,824	\$1,900		\$0	\$0
Centro de Trabajo: PRINCIPAL (1 Afiliados)					\$77,824	\$12,500			\$77,824	\$9,800			\$77,824	\$1,500			\$77,824	\$1,900		\$0	\$0
Ciudad: BOGOTA Depto: BOGOTA D.E. (1 Afiliados)					\$77,824	\$12,500			\$77,824	\$9,800			\$77,824	\$1,500			\$77,824	\$1,900		\$0	\$0
1	CC 52522016	CHAVES YOLI	230201	30	(\$1,945,600)	(\$311,300)	EPS008	30	(\$1,945,600)	(\$243,200)	CCF24	30	(\$1,750,905)	(\$35,100)	14-11	30	(\$1,945,600)	(\$47,400)	30	\$0	\$0
2	CC 52522016	CHAVES YOLI	230201	30	\$2,023,424	\$323,800	EPS008	30	\$2,023,424	\$253,000	CCF24	30	\$1,828,729	\$36,600	14-11	30	\$2,023,424	\$49,300	30	\$0	\$0
Total Afiliados(1)					\$77,824	\$12,500			\$77,824	\$9,800			\$77,824	\$1,500			\$77,824	\$1,900		\$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 49a sur 26-53	BOGOTA-BOGOTA D.E.	3128471313	Si
DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION								
Periodo		Clave	Tipo	Fecha		Pago		
Pensión	Salud	Pago	Planilla	Planilla	Limite	Pago	Banco	Valor
2026-08	2026-08	644334297	9511014519	N	2026/09/04	2026/09/11	BANCO DAVIVIENDA	\$26,100

RESUMEN DE PAGO

RIESGO	CODIGO	NIT	DV	AFILIADOS	VALOR LIQUIDADO	INTERESES MORA	Fondo Solidaridad Pensional	Intereses de Mora Fondo Solidaridad	Fondo Subsistencia	Intereses de Mora Fondo Subsistencia	SALDOS E INCAPACIDADES	VALOR
AFP (ADMINISTRADORAS: 1)				1	\$12,500	\$100						\$0
PROTECCION	230201	800,229,739	0	1	\$12,500	\$100	\$0	\$0	\$0	\$0	\$0	\$0
ARL (ADMINISTRADORAS: 1)				1	\$1,900	\$100						\$0
ARL SURA	14-11	890,903,790	5	1	\$1,900	\$100	\$0	\$0	\$0	\$0	\$0	\$0
CCF (ADMINISTRADORAS: 1)				1	\$1,500	\$100						\$0
COMPENSAR	CCF24	860,066,942	7	1	\$1,500	\$100	\$0	\$0	\$0	\$0	\$0	\$0
EPS (ADMINISTRADORAS: 1)				1	\$9,800	\$100						\$0
COMPENSAR	EPS008	860,066,942	7	1	\$9,800	\$100	\$0	\$0	\$0	\$0	\$0	\$0
TOTAL				1	\$25,700	\$400	\$0	\$0	\$0	\$0	\$0	\$0

CANTIDAD POR PAGAR	
\$12,600	
\$12,600	
\$2,000	
\$2,000	
\$1,600	
\$1,600	
\$9,900	
\$9,900	
\$26,100	