**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: (31-10-2025)** | | | | | |
| **NOMBRES Y APELLIDOS:** | **CARMEN YANETH CHAVARRIA MARTINEZ** | | | **CC:** | **52348539** |
| **CORREO ELECTRÓNICO:** | **CYANETH102@YAHOO.ES** | | | **TELÉFONO:** | **3208544019** |
| **DIRECCIÓN DOMICILIO:** | **CL 78 29 38** | | | **CIUDAD:** | **BOGOTA** |
| **BANCO AL CUAL CONSIGNAR:** | **BANCO DAVIVIENDA S.A.** | **TIPO DE CUENTA:** | **AHORROS** | **N° CUENTA:** | **006181116382** |
| **DATOS DEL CONTRATO O ADICION Y PERIODO OBJETO DE PAGO** | | | | | |
| **Nº DEL CONTRATO:** | **PS 1971 2025** | **VALOR CORRESPONDIENTE AL PERIODO OBJETO DE COBRO** | | | **$ 2.672.026** |
| **FECHA DE INICIO CONTRATO** | **2025/01/01** | **FECHA DE TERMINACIÓN CONTRATO:** | | | **2025/09/01** |
| **PERIODO OBJETO DE COBRO:** | **DEL 2025/10/01 AL 2025/10/31** | | | | |

*CARMEN YANETH CHAVARRIA MARTINEZ*
*PS_1971_2025_4CE421*

**NOMBRE Y FIRMA DEL CONTRATISTA:**
**CARMEN YANETH CHAVARRIA MARTINEZ**
**CC: 52348539**
**CEL: 3208544019**

| | | |
|---|---|---|
| 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** | | | |
| **CARMEN YANETH CHAVARRIA MARTINEZ** | | | |
| | **CON C.C N°** | **52.348.539** | |
| **OBJETO DEL CONTRATO:** | PRESTAR SERVICIOS COMO TECNICO DE APOYO A LA GESTION PARA DESARROLLAR ACTIVIDADES EN LA DIRECCION ADMINISTRATIVA DE LA SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E. | | |
| **CONTRATO DE PRESTACION DE SERVICIOS PROFESIONALES No.** | **PS 1971 2025** | **FECHA INICIO CONTRATO** | **2025/01/01** |
| **VALOR INICIAL DEL CONTRATO** | $ 8.016.078 | **No. HORAS EJECUTADAS** | **0** |
| **VALOR TOTAL DEL CONTRATO INCLUIDO ADICIONES:** | $ 26.720.260 | **VALOR DE HONORARIOS PERÍODO A CERTIFICAR:** | $ 2.672.026 |
| **PLAZO DEL CONTRATO INCLUYENDO PRORROGAS** | NUEVE (9) MESES | | |
| **UNIDAD FUNCIONAL DE EJECUCIÓN DE ACTIVIDADES:** | ARCHIVO CENTRAL PUENTE ARANDA | | |
| **NOMBRE DEL SUPERVISOR:** | MARIA LORENA ROJAS VAN STRAHLEN | | |

| 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 | 1.Durante el periodo del 1 al 31 de Octubre no fue necesario ejecutar esta actividad, de acuerdo a las demás actividades programadas para la vigencia |
| 2 | 2.se realiza el ajuste en los formatos de Tablas de Valoración documental y la Ficha de Valoración Documental para TRD para la actualización en la normalización por parte de Calidad.<br>Enlace de evidencia<br>https://drive.google.com/drive/folders/1RGjjoACEp31_5e8s-CBCwme979t--itI?usp=drive_link |
| 3 | 3.Se realiza complementacion en la presentacion de power point de la capacitación presencial de "socialización y aplicación TRD organizaciónde documentos electronicos y fisicos en la oficina de Gestión del Conocimientos y de participacion social"<br><br>Se realiza capacitación de socialización y aplicación de la TRD y organización de documentos a Recusos físicos<br>Enlace de evidencia<br>https://drive.google.com/drive/folders/1RGjjoACEp31_5e8s-CBCwme979t--itI?usp=drive_link |
| 4 | 4.Se Se envía por correo electrónico a Erika el informe de transferencia y el envió de los diagnósticos de los hospitales La victoria, Santa Clara y San Blas; a Diana el informe de consultas.<br>Enlace de evidencia<br>https://drive.google.com/drive/folders/1RGjjoACEp31_5e8s-CBCwme979t--itI?usp=drive_link |
| 5 | 5.Se realiza seguimiento de verificacion de documentos del PSPIC_Entorno Educativo y de La Oficina de Atencion AL Usuario; se continua con la revisión de los inventarios del fondo hospital la victoria.<br>Enlace de evidencia<br>https://drive.google.com/drive/folders/1RGjjoACEp31_5e8s-CBCwme979t--itI?usp=drive_link |
| 6 | 6.Se realiza consulta y búsqueda y respuesta de información 2 consultas de documentos administrativos se envía 3 documentos escanados por correo electrónico; 26 consultas historias clínicas y se escanearon 6 historias clínicas<br>Enlace de evidencia<br>https://drive.google.com/drive/folders/1RGjjoACEp31_5e8s-CBCwme979t--itI?usp=drive_link |
| 7 | 7.Se realiza capacitación de socialización y aplicación de la TRD y organización de documentos a Recursos físicos.<br>Enlace de evidencia<br>https://drive.google.com/drive/folders/1RGjjoACEp31_5e8s-CBCwme979t--itI?usp=drive_link |
| 8 | 8.Se lleva el control de préstamos documentales<br>Enlace de evidencia<br>https://drive.google.com/drive/folders/1RGjjoACEp31_5e8s-CBCwme979t--itI?usp=drive_link |
| 9 | 9.Se realiza verificación del diligenciamiento del Fuid del fondo hospital la victoria de la dependencia de Gerencia, control interno y control interno disciplinario jurídica, prestación de servicios Gestión pública, Tesorería.<br>Enlace de evidencia<br>https://drive.google.com/drive/folders/1RGjjoACEp31_5e8s-CBCwme979t--itI?usp=drive_link |
| 10 | 10.Realizar los instructivos de los formatos Cuadro de Clasificación Documental para Tabla de Valoración Documental TVD, Tablas de Valoración documental TVD y la Ficha de Valoración Documental para TRD para la actualización en la normalización por parte de Calidad.<br>Enlace de evidencia<br>https://drive.google.com/drive/folders/1RGjjoACEp31_5e8s-CBCwme979t--itI?usp=drive_link |

| | |
|---|---|
| 11 | 11.Se participa en la reunión del Archivo De Bogotá y de la capacitación de "Transparencia y ética pública".<br>Enlace de evidencia<br>https://drive.google.com/drive/folders/1RGjjoACEp31_5e8s-CBCwme979t--itI?usp=drive_link |
| 12 | 12.Durante el periodo del 1 al 31 de octubre no fue necesario ejecutar esta actividad, de acuerdo a las demás actividades programadas para la vigencia |
| 13 | 13.Se cumple con las actividades |
| 14 | 14.se anexa la planilla de pago del mes de septiembre de 2025 número 89801185.<br>Enlace de evidencia<br>https://drive.google.com/drive/folders/1RGjjoACEp31_5e8s-CBCwme979t--itI?usp=drive_link |
| 15 | 15.se diligencia correctamente los formatos requeridos por la Subred Centro Oriente E.S.E. |
| 16 | 16.Se realiza el cargue al secop II de la cuenta de cobro |
| 17 | 17.se acepta adición del de contrato PS 1971 2025 en el Secop de septiembre a octubre |
| 18 | 18.Se mantuvo absoluta reserva de la información institucional a cargo |
| 19 | 19.Esta actividad debe realizarse al finalizar el contrato |

**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 (2025-10-01) AL (2025-10-31)

IV. INFORMACIÓN DE APORTES A SEGURIDAD SOCIAL

| | | | |
|---|---|---|---|
| No. DE PLANILLA: | N° 89801185 | OPERADOR: | MI PLANILLA |

| CONCEPTO DEL PAGO | ENTIDAD | FECHA DE PAGO | VALOR PAGADO |
|---|---|---|---|
| SALUD: | COMPENSAR | 2025/10/14 | $ 178.000 |
| PENSIÓN: | PORVENIR | 2025/10/14 | $ 227.800 |
| RIESGOS LABORALES: | SEGUROS BOLIVAR | 2025/10/14 | $ 34.700 |
| OTRO | | | |
| TOTAL PAGADO | | | $ 440.500 |

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**

*CARMEN YANETH CHAVARRIA MARTINEZ*
*PS_1971_2025_4CE421*
**CARMEN YANETH CHAVARRIA MARTINEZ**
**CC: 52348539**

*ERIKA YOHANA PLAZA VELOZA*
*PS_1971_2025_4CE421*
**ERIKA YOHANA PLAZA VELOZA**

**SUPERVISOR ALTERNO**

| | |
|---|---|
| **FIRMA DE QUIEN VALIDA** | |
| **FIRMA DE QUIEN CONVALIDA EL CUMPLIMIENTO DE LAS OBLIGACIONES PARA EL PRESENTE PERIODO DE PAGO** |  *MARIA LORENA ROJAS VAN STRAHLEN*<br>*PS_1971_2025_4CE421*<br>**MARIA LORENA ROJAS VAN STRAHLEN**<br>**SUPERVISOR DEL CONTRATO** |

compensar | miplanilla.com

# PLANILLA INTEGRADA DE AUTOLIQUIDACION DE APORTES



| DATOS DEL APORTANTE | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|
| TIPO | NÚMERO | NOMBRE APORTANTE | DIRECCIÓN | TELÉFONO | CORREO | EXONERADO PAGO PARAFISCALES Y SALUD |
| CC | 52348539 | CARMEN YANETH CHAVARRIA MARTINEZ | CALLE 78 29 38 | 3163111025 | cyaneth102@yahoo.es | |
| FORMA PRESENTACIÓN | CLASE APORTANTE | NOMBRE SUCURSAL / CÓDIGO | DEPARTAMENTO | CIUDAD / MUNICIPIO | | |
| ÚNICA | I – Independiente | | BOGOTÁ D. C. | BOGOTÁ, D.C. | | NO |

| DATOS DE LA PLANILLA | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|
| PLANILLA ASOCIADA | FECHA PAGO ASOCIADA (DIA/MES/AÑO) | TIPO PLANILLA | FECHA PAGO (DIA/MES/AÑO) | NÚMERO PLANILLA | CANTIDAD | |
| | | | | | EMPLEADOS | UPC |
| | | | | | 1 | 0 |
| PERIODO SALUD | PERIODO PENSIONES | | | | TOTAL A PAGAR | |
| 2025-09 | 2025-09 | I | 14/10/2025 | 89801185 | $470.600 | |

## 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 | 178.000 | 0 | | 0 | | 0 | 5 | 600 | 0 | 178.600 | 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 |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 230301 | Porvenir | 800224808-8 | 227.800 | 0 | 0 | 0 | 0 | 5 | 700 | 0 | 228.500 | 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 | | | | | | | | | | |
| 14-7 | Seguros Bolivar S.A. | 860002503-2 | 34.700 | | | | 34.700 | 5 | 200 | 34.900 | | | 347 | 34.900 | 1 |

**TOTALES CAJAS**

| Código CCF | Nombre | NIT | Valor Aporte | Días Mora | Valor Mora Aporte | Total a Pagar | No. Afiliados |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| CCF24 | Compensar Caja | 860066942-7 | 28.500 | 5 | 100 | 28.600 | 1 |

**TOTALES PARAFISCALES**

| Valor Aporte | Días Mora | Valor Mora Aporte | Total a Pagar | No. Afiliados |
|---|---|---|---|---|
| SENA | | | | |
| 0 | 5 | 0 | 0 | 0 |
| ICBF | | | | |
| 0 | 5 | 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 | 178.000 | 178.600 |
| Pensión | 1 | 227.800 | 228.500 |
| Riesgos Laborales | 1 | 34.700 | 34.900 |
| CCF | 1 | 28.500 | 28.600 |
| ESAP | 0 | 0 | 0 |
| ICBF | 0 | 0 | 0 |
| MEN | 0 | 0 | 0 |
| SENA | 0 | 0 | 0 |
| **TOTALES** | 4 | 469.000 | 470.600 |

PAGADA

Este documento está clasificado como PRIVADO por parte de Compensar Operador de Información

compensar | miplanilla.com

# PLANILLA INTEGRADA DE AUTOLIQUIDACION DE APORTES



| DATOS DEL APORTANTE | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|
| TIPO | NÚMERO | NOMBRE APORTANTE | | DIRECCIÓN | TELÉFONO | CORREO | EXONERADO PAGO PARAFISCALES Y SALUD |
| CC | 52348539 | CARMEN YANETH CHAVARRIA MARTINEZ | | CALLE 78 29 38 | 3163111025 | cyaneth102@yahoo.es | |
| FORMA PRESENTACIÓN | CLASE APORTANTE | NOMBRE SUCURSAL | CÓDIGO | DEPARTAMENTO | CIUDAD / MUNICIPIO | | |
| ÚNICA | I – Independiente | | | BOGOTÁ D. C. | BOGOTÁ, D.C. | | NO |

| DATOS DE LA PLANILLA | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|
| PLANILLA ASOCIADA | FECHA PAGO ASOCIADA (DIA/MES/AÑO) | TIPO PLANILLA | FECHA PAGO (DIA/MES/AÑO) | NÚMERO PLANILLA | CANTIDAD | |
| | | | | | EMPLEADOS | UPC |
| | | | | | 1 | 0 |
| PERIODO SALUD | PERIODO PENSIONES | | | | TOTAL A PAGAR | |
| 2025-09 | 2025-09 | I | 14/10/2025 | 89801185 | $470.600 | |

## DETALLE POR COTIZANTE

| INFORMACIÓN COTIZANTE | | | | | | | | | INFORMACIÓN NOVEDADES | | | | | | | | | | | | | | | | | | PENSIÓN | | | | | | | SALUD | | | RIESGOS LABORALES | | | | CCF | | | PARAFISCALES | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| No. | Tipo | No. de Identificación | Apellidos y Nombres | Cotizante | Subtipo | Extranjero | Colom. exterior | Estornudo | ING | RET | TDE | TAE | TDP | TAP | VSP | VST | SLN | IGE | LMA | VAC | AVP | VCT | IRL | CORRECCIÓN | Cód. AFP | IBC AFP | Cotización | Voluntario Afiliado | Voluntario Aportante | Fondo pensional de solidaridad | Fondo pensional de subsistencia | Cód. EPS | IBC EPS | Cotización / Valor UPC | Cód. ARL | IBC ARL | Clase de Riesgo | Cotización | Código CCF | IBC CCF | Aporte CCF | IBC otros parafiscales | Aporte SENA | Aporte ICBF | Aporte ESAP | Aporte MEN |
| 1 | CC | 52348539 | CHAVARRIA MARTINEZ CARMEN YANETH | 59 | 0 | | | N | | | | | | | | | | | | | | | | | 230301 | 1.423.500 | 227.800 | 0 | 0 | 0 | 0 | EPS008 | 1.423.500 | 178.000 | 14-7 | 1.423.500 | 3 | 34.700 | CCF24 | 1.423.500 | 28.500 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 |

PAGADA

Este documento está clasificado como PRIVADO por parte de Compensar Operador de Información