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:	**MAYRA YULIETH MARTINEZ CELY**			**CC:**	**1023914586**
CORREO ELECTRÓNICO:	**MAIRACELY183@GMAIL.COM**			**TELÉFONO:**	**3209726955**
DIRECCIÓN DOMICILIO:	**CL 36 G SUR 0 66 ESTE**			**CIUDAD:**	**BOGOTA**
BANCO AL CUAL CONSIGNAR:	**BANCO DAVIVIENDA S.A.**	**TIPO DE CUENTA:**	**AHORROS**	**N° CUENTA:**	**004870417856**
DATOS DEL CONTRATO O ADICION Y PERIODO OBJETO DE PAGO					
Nº DEL CONTRATO:	**PS 7637 2025**	**VALOR CORRESPONDIENTE AL PERIODO OBJETO DE COBRO**			**$ 1.587.600**
FECHA DE INICIO CONTRATO	**2025/10/14**	**FECHA DE TERMINACIÓN CONTRATO:**			**2025/10/31**
PERIODO OBJETO DE COBRO:	**DEL 2025/10/15 AL 2025/10/31**				

MAYRA YULIETH MARTINEZ CELY
PS_7637_2025_478B6D

NOMBRE Y FIRMA DEL CONTRATISTA:
MAYRA YULIETH MARTINEZ CELY
CC: 1023914586
CEL: 3209726955

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			
MAYRA YULIETH MARTINEZ CELY			
CON C.C N°	**1.023.914.586**		
OBJETO DEL CONTRATO:	PRESTAR SERVICIOS DE APOYO A LA GESTION COMO GESTOR TECNICO MAS BIENESTAR PARA DESARROLLAR ACTIVIDADES EN LA DIRECCION DE GESTION INTEGRAL DEL RIESGO EN SALUD DE LA SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E. PARA EL DESARROLLO DEL CONVENIO MAS BIENESTAR		
CONTRATO DE PRESTACION DE SERVICIOS PROFESIONALES No.	**PS 7637 2025**	**FECHA INICIO CONTRATO**	**2025/10/14**
VALOR INICIAL DEL CONTRATO	$ 1.788.480	**No. HORAS EJECUTADAS**	**98**
VALOR TOTAL DEL CONTRATO INCLUIDO ADICIONES:	$ 1.788.480	**VALOR DE HONORARIOS PERÍODO A CERTIFICAR:**	$ 1.587.600
PLAZO DEL CONTRATO INCLUYENDO PRORROGAS	DIECIOCHO (18) DIAS		
UNIDAD FUNCIONAL DE EJECUCIÓN DE ACTIVIDADES:	CENTRO DE SALUD PRIMERO DE MAYO		
NOMBRE DEL SUPERVISOR:	LIDA ESPERANZA MONTENEGRO PARRA		

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	REALICE LA IDENTIFICACION DE RIESGOS EN SALUD DE LA POBLACION MEDIANTE LA CARACTERIZACION Y SEGUMIENTO A LAS FAMILIAS DEL TERRITORIO Y LA LOCALIDAD RAFAEL URIBE
2	REALICE ENTREGA DEL CRONOGRAMA DEL MES PROYECTADO A FIN DE MES Y SE ACTUALIZA DE MANERA DIARIA SEGÚN LAS ACTIVIDADES A DESARROLLAR
3	REALICE EL DILIGENCIAMIENTO DEL APLICATIVO GITAPS Y SE REALIZA LA ENTREGA DE PLANILLAS CON LOS DATOS REALIZADOS DURANTE EL MES SEGÚN META ASIGNADASE RE
4	REALICE LECTURA A LA GUIA OPERATIVA DE EQUIPOS BASICOS EXTRAMURALES Y TODOS SUS ANEXOS EN DONDE SE REALIZA ACTA MANUAL LA CUAL SE ENTREGA EL LIDER DE EQUIPO
5	REALICE TRABAJO ADMINISTRATIVO EN CASA REVISANDO QUE TANTO PLANILLAS Y APLICATIVO QUEDEN CON LA INFORMACION CORRECTA
6	SE LE INFORMO A LA COMUNIDAD EL PROCESO DE LAS VISITAS SOBRE LAS ACTIVIDADES QUE SE VAN A REALIZAR Y SE CONTACTA CON LOS LIDERES PARA ACCESO A PUNTOS QUE REQUIERAN ACOMPAÑAMIENTO
7	SE REALIZO NOTIFICACION DE EVENTOS QUE SE IDENTIFIQUEN DURANTE LAS VISITAS DE MANERA OPORTUNA
8	HE REALIZADO LA ORGANIZACIÓN DEL ARCHIVO FISICO Y DIGITAL CORRESPONDIENTE A LA DOCUMENTACION GENERADO DURANTE EL DESARROLLO DE MIS ACTIVIDADES PARA DICHA REVISION A LA AUDITORIA
9	HE REALIZADO OPORTUNAMENTE LAS ORIENTACIONES REQUERIDAS POR LA SUPERVISION DEL CONTRATO DANDO CUMPLIMIENTO A LAS ACTIVIDADES RELACIONADAS POR EL LIDER
10	HE REALIZADO LA CARACTERIZACION SOCIODEMOGRAFICA CON CALIDAD Y VERACIDAD APLICANDO LOS TAMIZAJES ESTABLECIDOS
11	REALICE EL REGISTRO DE LA INFORMACION EN EL APLICATIVO GTAPS DENTRO DE LAS PRIMERAS 24 HORAS GARANTIZANDO CALIDAD DEL DATO
12	ENTREGUE Y ELABORE CRONOGRAMA DE ACTIVIDADES E INSUMOS REQUERIDOS (MAPAS, MATRICES Y DATOS POBLACIONALES)
13	ELABORE EL MAPA CARTOGRAFICO DE INFORMACION CUANTITATIVA EN LAS ZONAS INTERVENIDAS
14	PARTICIPE EN LOS COMITES TERRITORIALES PENDIENTE DE CADA INFORMACION O TEMA A TRATAR DEL COMITÉ DEL CUIDADO
15	REALICE EL RESGISTRO DE LAS ACTIVIDADES EN LOS INSTRUMENTOS DEFINIDOS ASEGURANDO CALIDAD EN LA INFORMACION
16	GESTIONE Y ACTIVE OPORTUNAMENTE LOS RIESGOS EN SALUD MEDIANTE AGENDAMIENTO RUTAS Y NOTIFICACION DE EVENTOS
17	REALICE EL CUMPLIMIENTO CON LAS RESPONSABILIDADES ESTABLECIDAS EN EL CONVENIO MAS BIENESTAR Y SUS LINEAMIENTOS TECNICOS

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 (2025-10-15) AL (2025-10-31)

IV. INFORMACIÓN DE APORTES A SEGURIDAD SOCIAL

No. DE PLANILLA:	N°	OPERADOR:	
CONCEPTO DEL PAGO	ENTIDAD	FECHA DE PAGO	VALOR PAGADO
SALUD:	SALUD TOTAL		$ 0
PENSIÓN:	PROTECCION		$ 0
RIESGOS LABORALES:	SEGUROS BOLIVAR		$ 0
OTRO			
TOTAL PAGADO			$ 0

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	*MAYRA YULIETH MARTINEZ CELY* *PS_7637_2025_478B6D* **MAYRA YULIETH MARTINEZ CELY** **CC: 1023914586**
FIRMA DE QUIEN VALIDA	*SANDRA YANNETH CONTRERAS PEÑALOSA* *PS_7637_2025_478B6D* **SANDRA YANNETH CONTRERAS PEÑALOSA** **SUPERVISOR ALTERNO**
FIRMA DE QUIEN CONVALIDA EL CUMPLIMIENTO DE LAS OBLIGACIONES PARA EL PRESENTE PERIODO DE PAGO	*LIDA ESPERANZA MONTENEGRO PARRA* *PS_7637_2025_478B6D* **LIDA ESPERANZA MONTENEGRO PARRA** **SUPERVISOR DEL CONTRATO**

aportes en línea

Resumen General de Pago

DATOS GENERALES DEL APORTANTE

Identificación	dv	Razon Social	Clase Aportante	Sucursal Principal	Direccion	Ciudad-Departamento	Teléfono	Exonerado SENA e ICBF
CC 1023914586		MARTINEZ CELY MAYRA YULIETH	INDEPENDIENTE	PRINCIPAL	CALLE 36 H SUR # 2 - 04 ESTE	BOGOTA-BOGOTA D.E.	5555555	Si

DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION

Periodo		Clave		Tipo	Fecha		Pago		
Pensión	Salud	Pago	Planilla	Planilla	Limite	Pago	Banco	Dias Mora	Valor
2025-09	2025-09	1862637788	9492662588	I	2025/10/21	2025/10/20	NEQUI	0	$440,500

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)					$1,423,500	$227,800			$1,423,500	$178,000			$0	$0			$1,423,500	$34,700		$0	$0
Centro de Trabajo: PRINCIPAL (1 Afiliados)					$1,423,500	$227,800			$1,423,500	$178,000			$0	$0			$1,423,500	$34,700		$0	$0
Ciudad: BOGOTA Depto: BOGOTA D.E. (1 Afiliados)					$1,423,500	$227,800			$1,423,500	$178,000			$0	$0			$1,423,500	$34,700		$0	$0
1	CC	1023914586 MARTINEZ MAYRA	230201	30	$1,423,500	$227,800	EPS002	30	$1,423,500	$178,000		0	$0	$0	14-7	30	$1,423,500	$34,700	0	$0	$0
Total		**Afiliados(1)**			$1,423,500	$227,800			$1,423,500	$178,000			$0	$0			$1,423,500	$34,700		$0	$0

aportes en línea

Resumen General de Pago

DATOS GENERALES DEL APORTANTE

Identificación	dv	Razon Social	Clase Aportante	Sucursal Principal	Direccion	Ciudad-Departamento	Teléfono	Exonerado SENA e ICBF
CC 1023914586		MARTINEZ CELY MAYRA YULIETH	INDEPENDIENTE	PRINCIPAL	CALLE 36 H SUR # 2 - 04 ESTE	BOGOTA-BOGOTA D.E.	5555555	Si

DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION

Periodo		Clave		Tipo	Fecha		Pago		
Pensión	Salud	Pago	Planilla	Planilla	Limite	Pago	Banco	Dias Mora	Valor
2025-09	2025-09	1862637788	9492662588	I	2025/10/21	2025/10/20	NEQUI	0	$440,500

RESUMEN DE PAGO

RIESGO	CODIGO	NIT	DV	AFILIADOS	VALOR LIQUIDADO	INTERESES MORA	SALDOS E INCAPACIDADES	VALOR A PAGAR
AFP (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$227,800	$0	$0	$227,800
PROTECCION	230201	800,229,739	0	1	$227,800	$0	$0	$227,800
ARL (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$34,700	$0	$0	$34,700
SEGUROS BOLIVAR	14-7	860,002,503	2	1	$34,700	$0	$0	$34,700
EPS (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$178,000	$0	$0	$178,000
SALUD TOTAL	EPS002	800,130,907	4	1	$178,000	$0	$0	$178,000
TOTAL				**1**	**$440,500**	**$0**	**$0**	**$440,500**

¡Hola, David Rodríguez !

Estado de la Transacción: Aprobada

Los siguientes son los datos de tu transacción:

Valor: $ 440.500

Empresa: APORTES EN LINEA

Descripción: Pago de la Planilla de aportes con clave: 9492662588

Fecha de la transacción: 18/10/2025

CUS: 1862637788

Gracias por utilizar nuestro servicio.



Ten encuenta estos tips de seguridad:

- Usa dispositivos personales o de confianza para realizar tus pagos.
- No abras enlaces sospechosos.
- Cambia tus contraseñas con regularidad.
- Digita manualmente la URL del portal de tu entidad financiera.
- Recuerda que PSE nunca te contactará para solicitarte información personal.

Para mayor información comunícate con nosotros:

En Bogotá: +57 (601) 3808890 Opción 5

Contáctanos: https://www.pse.com.co/persona-centro-de-ayuda

Powered by CamScanner

1 Información general
2 Condiciones
3 Bienes y servicios
4 Documentos del Proveedor
5 Documentos del contrato
6 Información presupuestal
7 **Ejecución del Contrato**
8 Modificaciones del Contrato
9 Incumplimientos

Cancelar

< Evaluación de la Entidad Estatal >

VER CONTRATO

Ejecución del Contrato

Porcentaje Recepción de artículos

Plan de Pagos

¿Se requieren emisiones de códigos de autorización? Sí No

Id de pago	Número de factura	Fecha de emisión	Fecha de recepción	Valor total de la factura	Estado

No existen resultados que cumplan con los criterios de búsqueda especificados

Crear

Documentos de ejecución del contrato

Descripción	Nombre del archivo	Cargado por		
PS 4714 2025 CUENTA DE COBRO FEBRERO 2025.pdf (Archivado)	PS 4714 2025 CUENTA DE COBRO FEBRERO 2025.pdf	Comprador	Descargar	Detalle
PS 4714 2025 CUENTA DE COBRO FEB 2025.pdf	PS 4714 2025 CUENTA DE COBRO FEB 2025.pdf	Comprador	Descargar	Detalle
PS 4714 2025 CUENTA COBRO MES MAR 2025.pdf	PS 4714 2025 CUENTA COBRO MES MAR 2025.pdf	Comprador	Descargar	Detalle
PS 4714 2025 CUENTA DE COBRO MES MAR 2025.pdf	PS 4714 2025 CUENTA DE COBRO MES MAR 2025.pdf	Comprador	Descargar	Detalle
PS 4714-2025 CUENTA DE COBRO MES ABR 2025.pdf	PS 4714-2025 CUENTA DE COBRO MES ABR 2025.pdf	Comprador	Descargar	Detalle
PS 4714 2025 CUENTA DE COBRO MES MAY 2025.pdf	PS 4714 2025 CUENTA DE COBRO MES MAY 2025.pdf	Comprador	Descargar	Detalle
PS 4714 2025 CRP 27-05-2025.pdf	PS 4714 2025 CRP 27-05-2025.pdf	Comprador	Descargar	Detalle
PS 4714 2025 CUENTA DECOBRO MES JUNIO 2025.pdf	PS 4714 2025 CUENTA DECOBRO MES JUNIO 2025.pdf	Comprador	Descargar	Detalle
PS 4714 2025 CUENTA DECOBRO MES JULIO 2025.pdf	PS 4714 2025 CUENTA DECOBRO MES JULIO 2025.pdf	Comprador	Descargar	Detalle
2 PS 4714 2025 CRP-12684.pdf	2 PS 4714 2025 CRP-12684.pdf	Comprador	Descargar	Detalle
3 PS 4714 2025 CRP-13143.pdf	3 PS 4714 2025 CRP-13143.pdf	Comprador	Descargar	Detalle
4 PS 4714 2025 CRP-21165.pdf	4 PS 4714 2025 CRP-21165.pdf	Comprador	Descargar	Detalle
5 PS 4714 2025 CRP-22820.pdf	5 PS 4714 2025 CRP-22820.pdf	Comprador	Descargar	Detalle
PS 4714 2025 CUENTA DECOBRO MES JULIO 2025-2.pdf	PS 4714 2025 CUENTA DECOBRO MES JULIO 2025-2.pdf	Comprador	Descargar	Detalle
PS 4714 2025 CUENTA DECOBRO MES JULIO 2025-1.pdf	PS 4714 2025 CUENTA DECOBRO MES JULIO 2025-1.pdf	Comprador	Descargar	Detalle
PS 4714 2025 CUENTA DECOBRO MES AGOSTO 2025.pdf	PS 4714 2025 CUENTA DECOBRO MES AGOSTO 2025.pdf	Comprador	Descargar	Detalle
PS 4714 2025 CUENTA DE COBRO ADICIONALES MES AGOSTO 2025.pdf	PS 4714 2025 CUENTA DE COBRO ADICIONALES MES AGOSTO 2025.pdf	Comprador	Descargar	Detalle
PS 4714 2025 CUENTA DE COBRO MES SEPTIEMBRE 2025.pdf	PS 4714 2025 CUENTA DE COBRO MES SEPTIEMBRE 2025.pdf	Comprador	Descargar	Detalle

Borrar | Cargar nuevo

Cancelar

< Evaluación de la Entidad Estatal >