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 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:	GERALDIN STEFANY ARIZA AVENDAÑO	**CC:**	1030633237
CORREO ELECTRÓNICO:	geraldin.ariza11672022@gmail.com	**TELÉFONO:**	3102427846
DIRECCIÓN DOMICILIO:	KR 19 B # 27 SUR 80	**CIUDAD:**	BOGOTÁ

Manifiesto bajo la gravedad del juramento	
NO tomaré costos y deducciones	**(X)**
SI tomaré costos y deducciones	**( )**

La presente certificación se expide para efectos de la retención en la fuente a título del impuesto sobre la renta, de conformidad con el numeral 6 del artículo 1.2.4.1.6 y parágrafo 4 del decreto único 1625 de 2016, modificados por los artículos 9 y 11 del decreto 2231 de diciembre 22 de 2023 y la aplicación de la renta exenta del 25% sobre operaciones que tiene que ver con el tratamiento tributario de los pagos laborales.

Régimen Simple De Tributación : RESOLUCIÓN 00165 ARTICULO 12 Por la cual se debe informar por parte de los contribuyentes si optaron por el impuesto unificado bajo el Régimen Simple de Tributación.				SI ( )	NO ( )
BANCO AL CUAL CONSIGNAR:	**BANCO CAJA SOCIAL**	**TIPO DE CUENTA:**	***AHORROS***	**Nº CUENTA:**	***24106467444***

DATOS DEL PERIODO OBJETO DE PAGO			
Nº DEL CONTRATO:	**PS 7380 2025**	**VALOR CORRESPONDIENTE AL PERIODO OBJETO DE COBRO**	**$ 1.944.000**
FECHA DE INICIO CONTRATO	7/10/2025	**FECHA DE TERMINACIÓN CONTRATO:**	31/10/2025
PERIODO OBJETO DE COBRO:	DEL 2025/10/07 AL 2025/10/31		

Geraldin Ariza A

GERALDIN STEFANY ARIZA AVENDAÑO
C.C, 1030633237
Cel: 3102427846

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-1A-FT-077
VERSIÓN: 2
FECHA: 2025-06-09

CELEBRADO ENTRE LA SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E Y				
GERALDIN STEFANY ARIZA AVENDAÑO				
	CON C.C Nº	1.030.633.237		
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			
CONTRATO DE PRESTACION DE SERVICIOS PROFESIONALES No.	PS 7380 2025	**FECHA INICIO CONTRATO**	7/10/2025	
VALOR INICIAL DEL CONTRATO	$ 2.484.000	**No. HORAS EJECUTADAS**	120	
VALOR TOTAL DEL CONTRATO INCLUIDO ADICIONES:	$ 2.484.000	**VALOR DE HONORARIOS PERÍODO A CERTIFICAR:**	$ 1.944.000	
PLAZO TOTAL DEL CONTRATO INCLUIDO PRORROGAS	VEINTICINCO (25) DIAS			
UNIDAD FUNCIONAL 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 actividades especificas realizadas durante el mes)
1	Presté los servicios con calidad y oportunidad, para el desarrollo de las actividades del Convenio Más Bienestar Equipos Básicos Extramurales, suscrito entre el FDS y la Subred.
2	Presenté mensualmente el cronograma de actividades a desarrollar. Adicionalmente, con la finalización de cada mes, entregué un informe de las actividades desarrolladas para la ejecución d
3	Apoyé la prestación de servicios en el marco del Convenio Más Bienestar Equipos Básicos Extramurales, presentando la información y/o soportes que se solicitaron conforme a los anexos y lineamientos técnicos del convenio vigente y suscrito entre el FDS y la Subred
4	Apoyé las actividades inherentes al objeto del contrato para el mejoramiento continuo de calidad y aquellas definidas dentro de los planes de mejoramiento de los diferentes estándares de habilitación y acreditación de servicios de salud.
5	Realicé apropiación conceptual desde mi perfil con los anexos y lineamientos técnicos del Convenio Más Bienestar Equipos Básicos Extramurales suscrito entre el FDS y la Subred.
6	Desarrollé procesos de asistencia técnica desde los diferentes procesos del Convenio Más Bienestar Equipos Básicos Extramurales conforme a mi saber disciplinar y profesional, en función de los requerimientos y procesos transversales.
7	Realicé la revisión, alistamiento y entrega con calidad de cada uno de los formatos, documentos, bases o informes generados como resultado de las acciones o intervenciones efectuadas en cumplimiento de los anexos y lineamientos técnicos del Convenio Más Bienestar Equipos Básicos Extramurales vigente y suscrito entre el FDS y la Subred.
8	Participé y gestioné los acercamientos comunitarios e institucionales que se requirieron para el desarrollo de las acciones de cada proceso.
9	Participé en las asistencias técnicas convocadas por SDS, de acuerdo con los procesos asignados y conforme a las actividades, metas y productos establecidos en los anexos y lineamientos técnicos del Convenio Más Bienestar Equipos Básicos Extramurales suscrito entre el FDS y la Subred
10	Organicé el archivo de la documentación generada de acuerdo con la normatividad y la tabla de retención documental.
11	Realicé las demás obligaciones que se relacionaron con el objeto del contrato y que fueron requeridas por la supervisión.
12	Diligencié la información de la caracterización sociodemográfica en el aplicativo GTAPS de la SDS diariamente a completitud, con veracidad y calidad del dato dentro de las primeras 24 horas de la intervención, teniendo en cuenta que todos los productos fueron sujetos de auditoria
13	Participé en el comité territorial en el que participó todo el equipo, revisión y análisis de información (cartografía, matriz, informe y conclusiones del comité de cuidado).
14	Realicé el registro de las actividades en instrumentos definidos para captura de información con calidad (planilla de familias con consentimiento informado y atención inicial desde abordaje territorial, aplicativo en linea definido por Secretaría Distrital de Salud.

III. VERIFICACION DE ACTIVIDADES DESARROLLADAS

SE VERIFICA QUE HA CUMPLIDO CON LAS ACTIVIDADES ASIGNADAS DURANTE EL MES O PERIODO EJECUTADO 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 (2025/10/07) AL (2025/10/31)

IV. INFORMACIÓN DE APORTES A SEGURIDAD SOCIAL

No. DE PLANILLA:		**OPERADOR:**		
CONCEPTO DEL PAGO	**ENTIDAD**	**FECHA DE PAGO**	**VALOR PAGADO**	
SALUD:	**CAPITAL SALUD**			
PENSIÓN:	**PORVENIR**			
RIESGOS LABORALES:	**SURA**			
OTRO	**MORA**			
TOTAL PAGADO				

V. DECLARACIONES DEL CONTRATISTA

1.- Que desarrollé las actividades descritas en el informe anexo, dentro del periodo 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.

VI. ANEXOS

(Cuando se requiera como una de las obligaciones del contrato)

Anexar evidencias fotograficasy/o documentales que soporten las acividades realizadas en el periodo correspondiente

NOMBRE Y FIRMA DEL CONTRATISTA	GERALDIN STEFANY ARIZA AVENDAÑO CC No 1030633237
FIRMA DE QUIEN VALIDA	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** **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	1030633237	GERALDIN STEFANY ARIZA AVENDAÑO	kr86cbis#42g-32	9999999	stefyza9312@hotmail.com	
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	20/10/2025	89870595	$443.600	

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					
EPSC34	Recaudo SGP Capital Salud	900298372-9	178.000	0		0		0	11	1.200	0	179.200	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	11	1.600	0	229.400	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										
14-11	ARL SURA	890903790-5	34.700				34.700	11	300	35.000			347	35.000	1

TOTALES CAJAS

Código CCF	Nombre	NIT	Valor Aporte	Días Mora	Valor Mora Aporte	Total a Pagar	No. Afiliados

TOTALES PARAFISCALES

Valor Aporte	Días Mora	Valor Mora Aporte	Total a Pagar	No. Afiliados
SENA				
0	11	0	0	0
ICBF				
0	11	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	179.200
Pensión	1	227.800	229.400
Riesgos Laborales	1	34.700	35.000
CCF	0	0	0
ESAP	0	0	0
ICBF	0	0	0
MEN	0	0	0
SENA	0	0	0
TOTALES	3	440.500	443.600

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	1030633237	GERALDIN STEFANY ARIZA AVENDAÑO	kr86cbis#42g-32	9999999	stefyza9312@hotmail.com	
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	20/10/2025	89870595	$443.600	

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	Exonerado	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	1030633237	ARIZA AVENDAÑO GERALDIN STEFANY	59	0			N																	230301	1.423.500	227.800	0	0	0	0	EPSC34	1.423.500	178.000	14-11	1.423.500	3	34.700		0	0	0	0	0	0	0	0

PAGADA

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

Nequi

Resumen de pago

Descripción de compra

MiPlanilla.com Pago Proteccion Social

Tienda

COMPENSAR-OI

Estado de la transacción

Transacción éxitosa

Fecha de la transacción

19 de octubre de 2025 a las 11:54 a. m.

CUS

1864116041

Referencia Nequi

00099

¿Cuánto?

$ 443.600,00

Valor de los impuestos

$ 0,00

Número de referencia 2

CC

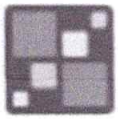
Número de referencia 3

1030633237

Factura de comercio

89870595

Tu plata salió de:



Disponible

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

< 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 4978 2025 CUENTA COBRO MES MARZO 2025.pdf	PS 4978 2025 CUENTA COBRO MES MARZO 2025.pdf	Comprador	Descargar	Detalle
☐	PS 4978 2025 CUENTA DE COBRO MES ABR 2025.pdf	PS 4978 2025 CUENTA DE COBRO MES ABR 2025.pdf	Comprador	Descargar	Detalle
☐	PS 4978 2025 CUENTA DE COBRO MES ABRIL 2025.pdf	PS 4978 2025 CUENTA DE COBRO MES ABRIL 2025.pdf	Comprador	Descargar	Detalle
☐	PS 4978 2025 CUENTA DE COBRO MES MAY 2025.pdf	PS 4978 2025 CUENTA DE COBRO MES MAY 2025.pdf	Comprador	Descargar	Detalle
☐	PS 4978 2025 CRP 27-05-2025.pdf	PS 4978 2025 CRP 27-05-2025.pdf	Comprador	Descargar	Detalle
☐	PS 4978 2025 CUENTA DECOBRO MES JUNIO 2025.pdf	PS 4978 2025 CUENTA DECOBRO MES JUNIO 2025.pdf	Comprador	Descargar	Detalle
☐	PS 4978 2025 CUENTA DECOBRO MES JULIO 2025.pdf	PS 4978 2025 CUENTA DECOBRO MES JULIO 2025.pdf	Comprador	Descargar	Detalle
☐	PS 4978 2025 CUENTA DECOBRO MES AGOSTO 2025.pdf	PS 4978 2025 CUENTA DECOBRO MES AGOSTO 2025.pdf	Comprador	Descargar	Detalle
☐	2 PS 4978 2025 CRP-13056.pdf	2 PS 4978 2025 CRP-13056.pdf	Comprador	Descargar	Detalle
☐	3 PS 4978 2025 CRP-21277.pdf	3 PS 4978 2025 CRP-21277.pdf	Comprador	Descargar	Detalle
☐	4 PS 4978 2025 CRP-22912.pdf	4 PS 4978 2025 CRP-22912.pdf	Comprador	Descargar	Detalle
☑	PS 4978 2025 CUENTA DECOBRO MES SETP 2025.pdf	PS 4978 2025 CUENTA DECOBRO MES SETP 2025.pdf	Comprador	Descargar	Detalle

Borrar Cargar nuevo

Cancelar

< Evaluación de la Entidad Estatal >