

DATOS DEL CONTRATISTA

FECHA DE DILIGENCIAMIENTO: (31-10-2025)

<b>NOMBRES Y APELLIDOS:</b>	MARIA FERNANDA AVILA VELANDIA	<b>CC:</b>	1026599590		
<b>CORREO ELECTRÓNICO:</b>	FERNANDAVV1999@GMAIL.COM	<b>TELÉFONO:</b>	3022946998		
<b>DIRECCIÓN DOMICILIO:</b>	KR 13A ESTE 49-93	<b>CIUDAD:</b>	BOGOTA		
<b>BANCO AL CUAL CONSIGNAR:</b>	BANCO DAVIVIENDA S.A.	<b>TIPO DE CUENTA:</b>	AHORROS	<b>N° CUENTA:</b>	488429513176

DATOS DEL CONTRATO O ADICION Y PERIODO OBJETO DE PAGO

<b>N° DEL CONTRATO:</b>	PS 7714 2025	<b>VALOR CORRESPONDIENTE AL PERIODO OBJETO DE COBRO</b>	\$ 1.257.424
<b>FECHA DE INICIO CONTRATO</b>	2025/10/17	<b>FECHA DE TERMINACIÓN CONTRATO:</b>	2025/10/31
<b>PERIODO OBJETO DE COBRO:</b>	DEL 2025/10/20 AL 2025/10/31		



MARIA FERNANDA AVILA VELANDIA  
PS\_7714\_2025\_D246B9

**NOMBRE Y FIRMA DEL CONTRATISTA:**

MARIA FERNANDA AVILA VELANDIA

**CC: 1026599590**

**CEL: 3022946998**

**CELEBRADO ENTRE LA SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E Y**

**MARIA FERNANDA AVILA VELANDIA**

CON C.C N°

**1.026.599.590**

**OBJETO DEL CONTRATO:** PRESTAR SERVICIOS DE APOYO A LA GESTION COMO TECN?LOGO 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

**CONTRATO DE PRESTACION DE SERVICIOS PROFESIONALES No.** PS 7714 2025 **FECHA INICIO CONTRATO** 2025/10/17

**VALOR INICIAL DEL CONTRATO** \$ 1.571.780 **No. HORAS EJECUTADAS** 0

**VALOR TOTAL DEL CONTRATO INCLUIDO ADICIONES:** \$ 1.571.780 **VALOR DE HONORARIOS PERÍODO A CERTIFICAR:** \$ 1.257.424

**PLAZO DEL CONTRATO INCLUYENDO PRORROGAS** QUINCE (15) DIAS

**UNIDAD FUNCIONAL DE EJECUCIÓN DE ACTIVIDADES:** CENTRO DE SALUD PRIMERO DE MAYO

**NOMBRE DEL SUPERVISOR:** LIDA ESPERANZA MONTENEGRO PARRA

**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	Presté mis 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 y, al finalizar cada mes, entregué un informe detallado de las actividades ejecutadas.
3	Apoyé la prestación de los servicios del convenio Más Bienestar Equipos Básicos Extramurales, presentando la información y/o soportes solicitados conforme a los anexos y lineamientos técnicos del convenio vigente.
4	Apoyé las actividades inherentes al objeto del contrato, contribuyendo al mejoramiento continuo de la calidad y al cumplimiento de los planes de mejoramiento definidos en los estándares de habilitación y acreditación de los servicios de salud.
5	Realicé apropiación conceptual desde mi perfil profesional, de acuerdo con los anexos y lineamientos técnicos del convenio Más Bienestar Equipos Básicos Extramurales, suscrito entre el FDS y la Subred.
6	Supervisé los procesos de asistencia técnica desarrollados por los diferentes equipos básicos extramurales (hogar), conforme a mi saber disciplinar y profesional, en función de los requerimientos y procesos dispuestos por la Secretaría Distrital de Salud de Bogotá.
7	Gestioné el manejo y la asignación de los vehículos dispuestos para el uso de los profesionales, verificando su correcto uso y mantenimiento
8	Participé y gestioné los espacios necesarios para las reuniones de los equipos básicos extramurales, la coordinación, dinamizadores y profesionales de apoyo.
9	Realicé la entrega de papelería e insumos a los profesionales y técnicos de los equipos básicos extramurales, velando por su mantenimiento y correcto uso.
10	Participé en las asistencias técnicas convocadas por la 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.
11	Organicé el archivo de la documentación generada, conforme a la normatividad y a la tabla de retención documental vigente.
12	Cumplí con las demás obligaciones relacionadas con el objeto del contrato y aquellas requeridas por la supervisión.
13	Realicé el inventario semanal de los equipos biomédicos y diligencé las actas de entrega y revisión correspondientes.
14	Administré la materia prima entregada a los Equipos Básicos Extramurales en Hogar (EBEH).

**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 (2025-10-20) 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:	FAMISANAR		\$ 0
PENSIÓN:	PORVENIR		\$ 0
RIESGOS LABORALES:	POSITIVA		\$ 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 ningún 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

<p><b>NOMBRE Y FIRMA DEL CONTRATISTA</b></p>	 <p>MARIA FERNANDA AVILA VELANDIA PS_7714_2025_D246B9</p> <hr/> <p><b>MARIA FERNANDA AVILA VELANDIA</b> <b>CC: 1026599590</b></p>
<p><b>FIRMA DE QUIEN VALIDA</b></p>	 <p>SANDRA YANNETH CONTRERAS PEÑALOSA PS_7714_2025_D246B9</p> <hr/> <p><b>SANDRA YANNETH CONTRERAS PEÑALOSA</b> <b>SUPERVISOR ALTERNO</b></p>
<p><b>FIRMA DE QUIEN CONVALIDA EL CUMPLIMIENTO DE LAS OBLIGACIONES PARA EL PRESENTE PERIODO DE PAGO</b></p>	 <p>LIDA ESPERANZA MONTENEGRO PARRA PS_7714_2025_D246B9</p> <hr/> <p><b>LIDA ESPERANZA MONTENEGRO PARRA</b> <b>SUPERVISOR DEL CONTRATO</b></p>

DATOS DEL APORTANTE						
TIPO	NÚMERO	NOMBRE APORTANTE		DIRECCIÓN	TELÉFONO	CORREO
CC	1026599590	MARIA FERNANDA AVILA VELANDIA		CRA 13 A ESTE #49-93	7786494	FERNANDAVV1999@GMAIL.COM
FORMA PRESENTACIÓN	CLASE APORTANTE	NOMBRE SUCURSAL	CÓDIGO	DEPARTAMENTO	CIUDAD / MUNICIPIO	
ÚNICA	I - Independiente			CUNDINAMARCA	SOACHA	

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	10/10/2025	90512871	\$449.100	

## 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					
EPS017	Famisanar EPS	830003564-7	178.000	0		0		0	0	0	0	178.000	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	0	0	0	227.800	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										
14-23	Positiva Seguros	860011153-6	34.700				34.700	0	0	34.700			347	34.700	1

TOTALES CAJAS							
Código CCF	Nombre	NIT	Valor Aporte	Días Mora	Valor Mora Aporte	Total a Pagar	No. Afiliados
CCF21	Cafam	860013570-3	8.600	0	0	8.600	1

TOTALES PARAFISCALES				
Valor Aporte	Días Mora	Valor Mora Aporte	Total a Pagar	No. Afiliados
<b>SENA</b>				
0	0	0	0	0
<b>ICBF</b>				
0	0	0	0	0
<b>ESAP</b>				
<b>MEN</b>				

TOTALES POR SUBSISTEMA			
Tipo Administradora	No. Administradoras Reportadas	Valor antes de IGE, LMA, IRP y Mora	Total a Pagar
Salud	1	178.000	178.000
Pensión	1	227.800	227.800
Riesgos Laborales	1	34.700	34.700
CCF	1	8.600	8.600
ESAP	0	0	0
ICBF	0	0	0
MEN	0	0	0
SENA	0	0	0
<b>TOTALES</b>	<b>4</b>	<b>449.100</b>	<b>449.100</b>

DATOS DEL APORTANTE					
TIPO	NÚMERO	NOMBRE APORTANTE	DIRECCIÓN	TELÉFONO	CORREO
CC	1026599590	MARIA FERNANDA AVILA VELANDIA	CRA 13 A ESTE #49-93	7786494	FERNANDAVV1999@GMAIL.COM
FORMA PRESENTACIÓN	CLASE APORTANTE	NOMBRE SUCURSAL	CÓDIGO	DEPARTAMENTO	CIUDAD / MUNICIPIO
ÚNICA	I - Independiente			CUNDINAMARCA	SOACHA

DATOS DE LA PLANILLA						
PLANILLA ASOCIADA	FECHA PAGO ASOCIADA (DIA/MES/AÑO)	TIPO PLANILLA	FECHA PAGO (DIA/MES/AÑO)	NÚMERO PLANILLA	CANTIDAD	
					EMPLADOS	UPC
					1	0
PERIODO SALUD	PERIODO PENSIONES	TOTAL A PAGAR				
2025-09	2025-09	\$449.100				

DETALLE POR COTIZANTE																																													
INFORMACIÓN COTIZANTE										INFORMACIÓN NOVEDADES								PENSIÓN				SALUD			RIESGOS LABORALES			CCF			PARAFISCALES														
No.	Tipo	No. de identificación	Apellidos y Nombres	Cotizante	Subjeto	Exonerado	Exonerado	ING	RET	TDE	TAE	TDP	TAP	VBP	VBT	SILN	ISE	MA	MA	ASAP	VCT	IRL	CORRECCIÓN	Cód. AFP	IBC AFP	Cotización	Voluntario o 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	1026599590	AVILA VELANDIA MARIA FERNANDA	59	0	N																	230301	1.423.500	227.800	0	0	0	0	EPS017	1.423.500	178.000	14-23	1.423.500	3	34.700	CCF21	1.423.500	8.600	0	0	0	0	0	

# PAGADA



¡Hola, Maria Fernanda Avila!

Estado de la Transacción: **Aprobada** ✓

**Los siguientes son los datos de tu transacción:**

**Valor:** \$ 449.100

**Empresa:** COMPENSAR-OI

**Descripción:** MiPlanilla.com Pago Proteccion Social

**Fecha de la transacción:** 10/10/2025

**CUS:** 1842801052

Gracias por utilizar nuestro servicio.



**Ten en cuenta 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.



Búsqueda | Mis procesos | Menú | Ir a

Buscar...

Escritorio → Menú → Administración de contratos → Ver contrato

- 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		
<input type="checkbox"/> PS 3792 2025 CUENTA DE COBRO ENERO 2025.pdf	PS 3792 2025 CUENTA DE COBRO ENERO 2025.pdf	Proveedor	Descargar	Detalle
<input type="checkbox"/> PS 3792 2025 CUENTA DE COBRO FEBRERO 2025 .pdf	PS 3792 2025 CUENTA DE COBRO FEBRERO 2025 .pdf	Proveedor	Descargar	Detalle
<input type="checkbox"/> NC2 PIC CAMBIO SUPERVISOR 6-3-2025.zip	NC2 PIC CAMBIO SUPERVISOR 6-3-2025.zip	Comprador	Descargar	Detalle
<input type="checkbox"/> PS 3792 2025 COMUNICACIÓN SUPERVISOR 6-3-2025.pdf	PS 3792 2025 COMUNICACIÓN SUPERVISOR 6-3-2025.pdf	Comprador	Descargar	Detalle
<input type="checkbox"/> PS 3792 2025 CUENTA DE COBRO MARZO 2025 .pdf	PS 3792 2025 CUENTA DE COBRO MARZO 2025 .pdf	Proveedor	Descargar	Detalle
<input type="checkbox"/> NC PIC CAMBIO SUPERVISOR 2-4-25.zip	NC PIC CAMBIO SUPERVISOR 2-4-25.zip	Comprador	Descargar	Detalle
<input type="checkbox"/> PS 3792 2025 COMUNICACIÓN SUPERVISOR 2-4-25.pdf	PS 3792 2025 COMUNICACIÓN SUPERVISOR 2-4-25.pdf	Comprador	Descargar	Detalle
<input type="checkbox"/> PS 3792 2025 CUENTA DE COBRO ABRIL 2025 INDEXACION.pdf	PS 3792 2025 CUENTA DE COBRO ABRIL 2025 INDEXACION.pdf	Proveedor	Descargar	Detalle
<input type="checkbox"/> PS 3792 2025 CUENTA DE COBRO ABRIL 2025 .pdf	PS 3792 2025 CUENTA DE COBRO ABRIL 2025 .pdf	Proveedor	Descargar	Detalle
<input type="checkbox"/> PS 3792 2025 CUENTA DE COBRO MAYO 2025 .pdf	PS 3792 2025 CUENTA DE COBRO MAYO 2025 .pdf	Proveedor	Descargar	Detalle
<input type="checkbox"/> PS 3792 2025 CUENTA DE COBRO JUNIO 2025 .pdf	PS 3792 2025 CUENTA DE COBRO JUNIO 2025 .pdf	Proveedor	Descargar	Detalle
<input type="checkbox"/> 1 PS 3792 2025 CRP-5508.pdf	1 PS 3792 2025 CRP-5508.pdf	Comprador	Descargar	Detalle
<input type="checkbox"/> 2 PS 3792 2025 CRP-14242.pdf	2 PS 3792 2025 CRP-14242.pdf	Comprador	Descargar	Detalle
<input type="checkbox"/> 3 PS 3792 2025 CRP-16660.pdf	3 PS 3792 2025 CRP-16660.pdf	Comprador	Descargar	Detalle
<input type="checkbox"/> PS 3792 2025 CUENTA DE COBRO JULIO 2025 .pdf	PS 3792 2025 CUENTA DE COBRO JULIO 2025 .pdf	Proveedor	Descargar	Detalle
<input type="checkbox"/> PS 3792 2025 CUENTA DE COBRO ADICIONALES JULIO 2025 .pdf	PS 3792 2025 CUENTA DE COBRO ADICIONALES JULIO 2025 .pdf	Proveedor	Descargar	Detalle
<input type="checkbox"/> PS 3792 2025 CUENTA DE COBRO AGOSTO 2025.pdf	PS 3792 2025 CUENTA DE COBRO AGOSTO 2025.pdf	Proveedor	Descargar	Detalle
<input type="checkbox"/> PS 3792 2025 CUENTA DE COBRO ADICIONALES AGOSTO 2025 .pdf	PS 3792 2025 CUENTA DE COBRO ADICIONALES AGOSTO 2025 .pdf	Proveedor	Descargar	Detalle
<input type="checkbox"/> PS 3792 2025 CUENTA DE COBRO SEPTIEMBRE 2025 .pdf	PS 3792 2025 CUENTA DE COBRO SEPTIEMBRE 2025 .pdf	Proveedor	Descargar	Detalle
<input type="checkbox"/> 4 PS 3792 2025 CRP-20449.pdf	4 PS 3792 2025 CRP-20449.pdf	Comprador	Descargar	Detalle
<input type="checkbox"/> 5 PS 3792 2025 CRP-21844.pdf	5 PS 3792 2025 CRP-21844.pdf	Comprador	Descargar	Detalle