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: (30-11-2025)					
NOMBRES Y APELLIDOS:	**MIREYA ASTRID ESPITIA GALAN**			**CC:**	**52166999**
CORREO ELECTRÓNICO:	**MAEG7940619@GMAIL.COM**			**TELÉFONO:**	**3166498300**
DIRECCIÓN DOMICILIO:	**CL 10 SUR 19 35 ESTE**			**CIUDAD:**	**BOGOTA**
BANCO AL CUAL CONSIGNAR:	**BANCO DE BOGOTA**	**TIPO DE CUENTA:**	**AHORROS**	**N° CUENTA:**	**102607488**
DATOS DEL CONTRATO O ADICION Y PERIODO OBJETO DE PAGO					
Nº DEL CONTRATO:	**PS 1972 2025**	**VALOR CORRESPONDIENTE AL PERIODO OBJETO DE COBRO**			**$ 1.900.000**
FECHA DE INICIO CONTRATO	**2025/01/01**	**FECHA DE TERMINACIÓN CONTRATO:**			**2025/11/30**
PERIODO OBJETO DE COBRO:	**DEL 2025/11/01 AL 2025/11/30**				

MIREYA ASTRID ESPITIA GALAN
PS_1972_2025_58C3C9

NOMBRE Y FIRMA DEL CONTRATISTA:
MIREYA ASTRID ESPITIA GALAN
CC: 52166999
CEL: 3166498300

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			
MIREYA ASTRID ESPITIA GALAN			
	CON C.C N°	**52.166.999**	
OBJETO DEL CONTRATO:	PRESTAR SERVICIOS COMO BACHILLER 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 1972 2025**	**FECHA INICIO CONTRATO**	**2025/01/01**
VALOR INICIAL DEL CONTRATO	$ 5.388.960	**No. HORAS EJECUTADAS**	**0**
VALOR TOTAL DEL CONTRATO INCLUIDO ADICIONES:	$ 20.775.584	**VALOR DE HONORARIOS PERÍODO A CERTIFICAR:**	$ 1.900.000
PLAZO DEL CONTRATO INCLUYENDO PRORROGAS	ONCE (11) MESES		
UNIDAD FUNCIONAL DE EJECUCIÓN DE ACTIVIDADES:	HOSPITAL SANTA CLARA		
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 (Deben ser coherentes con las obligaciones específicas del contrato realizadas durante el mes)
1	1. Se realiza apoyo en los diferentes procesos y áreas: oficina transportes, biomédica, activos fijos, recursos físicos, aseo, salud mental, archivo, cuentas por pagar y la dirección administrativa. En el área de trasportes se apoya en la verificación de los recorridos y GPS de los vehículos tercer izados para descuentos en la facturación. Se realiza el proceso de escaneo y archivada de las planillas de recorrido y consumo de combustible en la carpeta de cada vehículo administrativos. Se organizan las carpetas de los vehículos de acuerdo a su documentación como son Ambulancias, APH vehículos administrativos; revisando las fechas de la documentación como son soat- revisión técnico mecánica - pre operacionales Se apoya al supervisor de contrato de transportes en el proceso de la revisión del kilometraje de los vehículos del programa pic. Se apoya al área de transportes al área de transportes en el proceso de revisar las carpetas de las planillas de recorrido de los contratos de ALIADOS TF Y AS-TRANSPORTES. https://drive.google.com/drive/folders/1LUbmtXEk0A1nfuwAs0WOkQjG64xohgjZ?usp=drive_link
2	2. Este mes no se realiza este proceso por que no se requiere en el área de la Dirección Administrativa.
3	3. En el área de seguros se organizan por años, sedes, y asuntos la diferente documentación de las pólizas (de cumplimiento, PYME, siniestros, etc) cuales se ubican en carpetas y cajas. Se apoya al área de seguros en los diferentes procesos para tramite, firmas y radicación de pólizas https://drive.google.com/drive/folders/1LUbmtXEk0A1nfuwAs0WOkQjG64xohgjZ?usp=drive_link
4	4. Este mes no se realiza este proceso por que no se requiere en el área de la Dirección Administrativa.
5	5. Este mes no se realiza este proceso por que no se requiere en el área de la Dirección Administrativa.
6	6. Este mes no se realiza este proceso por que no se requiere en el área de la Dirección Administrativa.
7	7. Este mes no se realiza este proceso por que no se requiere en el área de la Dirección Administrativa.
8	8. Este mes no se realiza este proceso por que no se requiere en el área de la Dirección Administrativa.
9	9. Este mes no se realiza este proceso por que no se realiza en el área de la Dirección Administrativa.
10	10. Este mes se apoya en el cubrimiento del periodo de vacaciones de la secretaria de planta de la Dirección Administrativa. Se realizan llamadas de seguimiento y gestión a los diferentes requerimientos, dirigidos a la directora administrativa. Se envían y reciben correos electrónicos, WhatsApp con las respuestas a los usuarios que interponen los PQR. Se apoya al a la dirección administrativa en el proceso de revisión de los radicados en el aplicativo Ágil salud. En el aplicativo Agilsalud se anexan respuestas e informes gestionados, a los diferentes correos enviados a la Dirección Administrativa. Se apoya a la Dirección Administrativa en la entrega de correspondencia a otras dependencias. Se hace a seguimiento a los diferentes correos y SISSCOS realizadas por el aplicativo Agilsalud, para su finalización. Se gestionan las firmas correspondientes para prorrogas y adicciones, para aprobación y envió a la subgerencia Corporativa. Se realizan los oficios de avisos, respuestas felicitaciones y se envían con mensajería a las diferentes sedes. Se escanean y se envían en físico y digital a Talento Humano los turnos de infraestructura y vigilanca para pagos de los mismos. Se tramitan las novedades del personal de planta, en Talento Humano y demás dependencias https://drive.google.com/drive/folders/1LUbmtXEk0A1nfuwAs0WOkQjG64xohgjZ?usp=drive_link
11	11. Se cumplen con las metas establecidas por el referente de gestión documental

12	12. Se presenta la planilla de pago del mes correspondiente Presenté la planilla No. 4626229960
13	13. Se diligencia correctamente las actividades realizadas según las obligaciones específicas del contrato, en el nuevo aplicativo
14	14. Se realizará el cargue al secop II de la cuenta de cobro del mes correspondiente
15	15. Se realiza aceptación de adicción al contrato PS 1972 de 2025
16	16. Se mantuvo absoluta reserva de la información institucional a cargo
17	17. 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 (2025-11-01) AL (2025-11-30)

IV. INFORMACIÓN DE APORTES A SEGURIDAD SOCIAL

No. DE PLANILLA:	N° 4626229960	OPERADOR:	SOI

CONCEPTO DEL PAGO	ENTIDAD	FECHA DE PAGO	VALOR PAGADO
SALUD:	SURA	2025/11/13	$ 178.000
PENSIÓN:	PORVENIR	2025/11/13	$ 227.800
RIESGOS LABORALES:	SEGUROS BOLIVAR	2025/11/13	$ 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	*MIREYA ASTRID ESPITIA GALAN* *PS_1972_2025_58C3C9* **MIREYA ASTRID ESPITIA GALAN** **CC: 52166999**
FIRMA DE QUIEN VALIDA	*ERIKA YOHANA PLAZA VELOZA* *PS_1972_2025_58C3C9* **ERIKA YOHANA PLAZA VELOZA** **SUPERVISOR ALTERNO**

FIRMA DE QUIEN CONVALIDA EL CUMPLIMIENTO DE LAS OBLIGACIONES PARA EL PRESENTE PERIODO DE PAGO	*MARIA LORENA ROJAS VAN STRAHLEN* *PS_1972_2025_58C3C9* **MARIA LORENA ROJAS VAN STRAHLEN** **SUPERVISOR DEL CONTRATO**

PLANILLA INTEGRADA AUTOLIQUIDACIÓN APORTES
SOPORTE DE PAGO GENERAL

DATOS GENERALES DEL APORTANTE			
TIPO IDENTIFICACIÓN:	CÉDULA DE CIUDADANÍA	NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN:	52166999
NOMBRE Ó RAZÓN SOCIAL:			MIREYA ASTRID ESPITIA GALAN
CIUDAD/MUNICIPIO:	BOGOTA DISTRITO CAPITAL	DEPARTAMENTO:	BOGOTA - DISTRITO CAPITAL
DIRECCIÓN:	CLL 12 SUR # 11 55 ESTE	TELÉFONO:	5620332
TIPO APORTANTE:	02-INDEPENDIENTE	CLASE APORTANTE:	I-INDEPENDIENTE
TIPO EMPRESA:	PRIVADA	ACTIVIDAD ECONOMICA:	Otros trabajos de edición.
FORMA DE PRESENTACIÓN:	ÚNICO		
APORTANTE EXONERADO PAGO APORTES SALUD, SENA E ICBF (REFORMA TRIBUTARIA):			NO

DATOS GENERALES DE LA PLANILLA								
NÚMERO PLANILLA:			**4626229960**		TIPO DE PLANILLA:			I-INDEPENDIENTES
PERIODO COTIZACIÓN OTROS	MES	octubre	AÑO	2025	PERIODO COTIZACIÓN SALUD:	MES	octubre	AÑO 2025
DÍAS DE MORA:				0				
FECHA PAGO (aaaa/mm/dd):				2025/11/13	NÚMERO AUTORIZACIÓN:			9994694381

TOTAL APORTES A PENSIÓN

ADMINISTRADORA		No. COTIZANTES	COTIZACIÓN	APORTES VOLUNTARIOS		FSP		MORA		TOTALES		
CÓDIGO	NOMBRE			EMPLEADOR	COTIZANTE	SOLIDARIDAD	SUBSISTENCIA	COTIZACIÓN	FSP	APORTES	MORA	VALOR PAGADO
230301	230301-PORVENIR	1	$ 227.800	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 227.800	$ 0	$ 227.800
SUBTOTALES:										**$ 227.800**	**$ 0**	**$ 227.800**

TOTAL APORTES A SALUD

ADMINISTRADORA		No. COTIZANTES	INCAPACIDAD POR ENFERMEDAD		LICENCIA MATERNIDAD		SALDO A FAVOR		LIQUIDACIÓN		MORA		TOTALES			
CÓDIGO	NOMBRE		NÚMERO AUTORIZACIÓN	VALOR	NÚMERO AUTORIZACIÓN	VALOR	PLANILLA	VALOR	COTIZACIÓN	VALOR ADRES	COTIZACIÓN	VALOR ADRES	APORTES	MORA	DESCUENTO	VALOR PAGADO
EPS010	CIA SURAMERICANA DE SERVICIOS DE SALUD	1		$ 0		$ 0		$ 0	$ 178.000	$ 0	$ 0	$ 0	$ 178.000	$ 0	$ 0	$ 178.000
SUBTOTALES:													**$ 178.000**	**$ 0**	**$ 0**	**$ 178.000**

TOTAL APORTES A RIESGOS PROFESIONALES

ADMINISTRADORA		No. COTIZANTES	INCAPACIDAD IRP			SALDO A FAVOR		LIQUIDACIÓN	TOTALES			
CÓDIGO	NOMBRE		NÚMERO AUTORIZACIÓN	VALOR	PAGO A OTROS RIESGOS	PLANILLA	VALOR	COTIZACIÓN	APORTES	MORA	DESCUENTO	VALOR PAGADO
14-7	14-7-SEGUROS BOLIVAR S.A.	1		$ 0	$ 0		$ 0	$ 34.700	$ 34.700	$ 0	$ 0	$ 34.700
SUBTOTALES:									**$ 34.700**	**$ 0**	**$ 0**	**$ 34.700**

TOTAL APORTES A CAJA DE COMPENSACIÓN FAMILIAR

ADMINISTRADORA		No. COTIZANTES	TOTALES		
CÓDIGO	NOMBRE		APORTES	MORA	VALOR PAGADO
CCF24	CCF24-COMPENSAR	1	$ 28.500	$ 0	$ 28.500
SUBTOTALES:			**$ 28.500**	**$ 0**	**$ 28.500**

LIQUIDACIÓN DETALLADA APORTES

DATOS DEL COTIZANTE									NOVEDADES															SEGURIDAD SOCIAL																				PARAFISCALES						
																								PENSIÓN									SALUD						ARP												
																											FSP		APORTES VOLUNTARIOS																	CCF		SENA		ICBF		ESAP		MINEDU
Nº	IDENTIFICACIÓN	NOMBRES	TIPO COTIZANTE	SUBTIPO COTIZANTE	SALARIO BÁSICO	TIPO DE SALARIO	COLOMBIANO	EXTRANJERO	REFORMA TRIBUTARIA	ING	RET	TDE	TAE	TDP	TAP	COR	VSP	VST	SLN	COM	IGE	LMA	VAC	AVP	VCT	IRP	ADMIN	DIAS COT	IBC	COTIZACIÓN	SUBSISTENCIA	SOLIDARIDAD	EMPLEADOR	EMPLEADO	INDICADOR TARIFA ESPECIAL	TOTAL APORTE	ADMIN	DIAS COT	IBC	COTIZACIÓN	VALOR ADRES	TOTAL APORTE	ADMIN	DIAS COT	IBC	CENTRO DE TRABAJO	TOTAL APORTE	DIAS COT	IBC	ADMIN	TOTAL APORTE	TOTAL APORTE	TOTAL APORTE	TOTAL APORTE	TOTAL APORTE
1	CC 52166999	ESPITIA GALAN MIREYA ASTRID	INDEPENDIENTE CONTRATO PRESTACIÓN DE SERVICIOS		$ 1.423.500				NO																	230301-PORVENIR	30	$ 1.423.500	$ 227.800	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	Normal	$ 227.800	CIA SURAMERICANA DE SERVICIOS DE SALUD	30	$ 1.423.500	$ 178.000	$ 0	$ 178.000	14-7-SEGUROS BOLIVAR S.A.	30	$ 1.423.500	52166999	$ 34.700	30	$ 1.423.500	CCF24-COMPENSAR	$ 28.500	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0

TOTAL PAGADO: $ 469.000