**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:** | **MARELIS HOYOS TORDENCILLA** | | | **CC:** | **52709778** |
| **CORREO ELECTRÓNICO:** | **mareht2011@gmail.com** | | | **TELÉFONO:** | **3004817284** |
| **DIRECCIÓN DOMICILIO:** | **CL 42SUR 80F45** | | | **CIUDAD:** | **BOGOTA** |
| **BANCO AL CUAL CONSIGNAR:** | **BANCO AV VILLAS** | **TIPO DE CUENTA:** | **AHORROS** | **N° CUENTA:** | **044867096** |
| **DATOS DEL CONTRATO O ADICION Y PERIODO OBJETO DE PAGO** | | | | | |
| **Nº DEL CONTRATO:** | **PS 7054 2025** | **VALOR CORRESPONDIENTE AL PERIODO OBJETO DE COBRO** | | | **$ 259.200** |
| **FECHA DE INICIO CONTRATO** | **2025/10/01** | **FECHA DE TERMINACIÓN CONTRATO:** | | | **2025/11/30** |
| **PERIODO OBJETO DE COBRO:** | **DEL 2025/10/01 AL 2025/10/31** | | | | |

*MARELIS HOYOS TORDENCILLA*
*PS_7054_2025_C082B4*

**NOMBRE Y FIRMA DEL CONTRATISTA:**
**MARELIS HOYOS TORDENCILLA**
**CC: 52709778**
**CEL: 3004817284**

| | | |
|---|---|---|
| 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 MARELIS HOYOS TORDENCILLA** | | | |
| | **CON C.C N°** | **52.709.778** | |
| **OBJETO DEL CONTRATO:** | PRESTAR SERVICIOS DE APOYO A LA GESTI?N COMO TECNICO AUXILIAR DE ENFERMERIA PARA DESARROLLAR ACTIVIDADES EN EL PLAN DE SALUD PUBLICA DE INTERVENCIONES COLECTIVAS DE LA SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E | | |
| **CONTRATO DE PRESTACION DE SERVICIOS PROFESIONALES No.** | **PS 7054 2025** | **FECHA INICIO CONTRATO** | **2025/10/01** |
| **VALOR INICIAL DEL CONTRATO** | $ 2.980.800 | **No. HORAS EJECUTADAS** | **16** |
| **VALOR TOTAL DEL CONTRATO INCLUIDO ADICIONES:** | $ 6.220.800 | **VALOR DE HONORARIOS PERÍODO A CERTIFICAR:** | $ 259.200 |
| **PLAZO DEL CONTRATO INCLUYENDO PRORROGAS** | DOS (2) MESES | | |
| **UNIDAD FUNCIONAL DE EJECUCIÓN DE ACTIVIDADES:** | SEDE ADMINISTRATIVA SAN JOSE OBRERO | | |
| **NOMBRE DEL SUPERVISOR:** | LUZ ADRIANA CASTAÑEDA MONTEALEGRE | | |

| 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 | Obligación 1: Prestar sus servicios con calidad y oportunidad, para el desarrollo de las actividades del Plan de Intervenciones Colectivas en el Distrito Capital según convenio PSPIC vigente y suscrito entre el FDS y la Subred.<br>1. Actividades desarrolladas: Realiza seguimiento a la población susceptible objeto del Programa ampliado de inmunizaciones, garantizando la calidad y oportunidad en la atención, aplicando los lineamientos del programa y los instructivos establecidos en la caja de herramientas. Diligencia los formatos sin enmendaduras ni tachones, asegurando información completa, clara y congruente. Garantiza la cadena de frío, la custodia de los inmunobiológicos y de los dispositivos médicos, y vacuna la población susceptible según el PAI e inicia las actividades de acuerdo con la programación establecida.<br>2. Productos (evidencias): Registro en el módulo de la cohorte o base según actividad asignada. |
| 2 | Obligación 2: Presentar mensualmente el cronograma de actividades a desarrollar.<br>1. Actividades desarrolladas: Elabora el cronograma mensual conforme a la planeación del programa, asegurando el inicio oportuno de las actividades.<br>2. Productos (evidencias): Cronograma de actividades actualizado en Drive, con reporte de resultados diarios. |
| 3 | Obligación 3:. Apoyar la prestación de servicios en el Plan de Intervenciones Colectivas, presentando la información y/o soportes que se solicite conforme a los anexos y lineamientos técnicos del convenio PSPIC vigente y suscrito entre el FDS y la Subred.<br>1. Actividades desarrolladas: Ejecuta las tácticas de vacunación extramural garantizando la aplicación oportuna de los biológicos y la atención segura a la población. Cumple los lineamientos del PAI y los instructivos de los formatos de la caja de herramientas, diligencia los formatos sin tachones ni enmendaduras, y asegura la cadena de frío y custodia de los inmunobiológicos, política de frasco abierto.<br>2. Productos (evidencias): Según programación; Registro diario pediátrico y adulto, encuesta previa de fiebre amarilla,kardex de control de inmunobiológicos, dispositivos médicos e insumos. Formato IEC-Autorizacion de cuidadores para niños menores de 14 años (en caso que no estén los papa en la jornada), formato censo casa a casa. Seguimiento a la cohorte en el aplicativo distrital o base asignada. |
| 4 | Obligación 4: Apoyar 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.<br>1. Actividades desarrolladas: Da cumplimiento a las actividades establecidas según planes de mejora. Desarrolla las acciones de manera oportuna y bajo los protocolos establecidos. cumple con la correcta disposición de residuos, técnica aséptica, presentación personal, cumple con la vacunación segura sin barreras, realiza demanda inducida.<br>2. Productos (evidencias): calidad del dato y seguimiento a la población susceptible en el módulo de cohortes. Actas o listas de chequeo. |
| 5 | Obligación 5: Realizar apropiación conceptual desde su perfil con los anexos y lineamientos técnicos del convenio PSPIC vigente y suscrito entre el FDS y la Subred.<br>1. Actividades desarrolladas: Aplica los conocimientos técnicos de auxiliar de enfermería y los lineamientos del programa, los correctos de administración de medicamentos, apropiándose de los instructivos de la caja de herramientas, esquema nacional de vacunación vigente. Diligencia registros con información veraz y coherente, sin enmendaduras ni tachones, y garantiza la conservación y custodia adecuada de los biológicos y dispositivos médicos.<br>2. Productos (evidencias): Según programación; Registro diario pediátrico y adulto, encuesta previa de fiebre amarilla, kardex de control de inmunobiológicos, dispositivos médicos e insumos. Formato IEC- Autorización de cuidadores para niños menores de 14 años (en caso que no estén los papa en la jornada), formato censo casa a casa. Seguimiento en el modulo de la cohorte. |
| | Obligación 6:. Cumplir con la meta, actividades y/o productos programados y asignados con la calidad del dato requerida (oportunidad, consistencia, exactitud) desde su perfil técnico y conforme a los anexos y lineamientos técnicos del convenio Interadministrativo PSPIC<br>1. Actividades desarrolladas: cumple con la meta diariamente según la tàctica de vacunaciòn o cohorte asignada, garantizando la vacunaciòn a |

| | |
|---|---|
| 6 | poblaciòn susceptible, niños, adultos con diagnostico de riesgo, talento humano en salud, gestantes y adultos mayores, según poblaciòn objeto de PAI.<br>2. Productos (evidencias):Cronograma de actividades actualizado en Drive, con reporte de resultados diarios. |
| 7 | Obligación 7: Realizar con calidad y oportunidad los procesos de captura del dato, revisión y custodia de los formatos, documentos y/o bases de datos y aplicativos, que correspondan a las acciones o intervenciones realizadas de acuerdo a los lineamientos técnicos de los entornos y procesos transversales del convenio Interadministrativo PSPIC.<br>1. Actividades desarrolladas: Revisa los formatos diligenciados verificando que la información esté completa, clara, congruente y entrega a las profesionales extramurales. Realiza el seguimiento a la cohorte en el módulo de la cohorte, la información registrada debe ser congruente, completa y veraz. Aplica los lineamientos según formatos de la caja de herramientas, mantiene la cadena de frío de los inmunobiológicos y asegura la custodia de los dispositivos médicos durante el desarrollo de las actividades.<br>2. Productos (evidencias): seguimiento a la cohorte en el aplicativo con calidad. Usuarios registrados en el módulo de la Cohorte. |
| 8 | Obligación 8: Dar cumplimiento a las actividades de los procesos TRANSVERSALES del PSPIC, de acuerdo a su competencia: CANALIZACIONES, PAI, Educación para la Salud Publica, GESI, ACCVSyE, Notificación de EISP y Participación Social.<br>1. Actividades desarrolladas: Realiza minimo 4 canalizaciones al mes activando las rutas intregrales de atencion en salud.<br>2.<br>Productos (evidencias):Envio de las 4 canalizaciones mensuales a correo<br>recepcion1rutaspic@subredcentrooriente.gov.co localidades candelaria santa fe y candelaria<br>recepcion2rutaspic@subredcentrooriente.gov.co localidades san cristobal y martires<br>recepcion3rutaspic@subredcentrooriente.gov.co localidades rafael uribe y antonio nariño<br>3. con copia a correo de Profesionales Extramurales. |
| 9 | Obligación 9. El contratista se obliga a que las glosas que se generen por incumplimiento de las obligaciones contractuales y de acuerdo a los hallazgos que identifique el equipo de seguimiento y/o interventoría del FFDS_SDS al Convenio Interadministrativo PSPIC (conforme al anexo de CRITERIOS DE GLOSA), serán causal de inicio de apertura de procedimiento administrativo sancionatorio de incumplimiento contractual.<br>1. Actividades desarrolladas: Realiza las correcciones necesarias conforme a los lineamientos y formatos de la caja de herramientas. Diligencia la información sin tachones ni enmendaduras, y garantiza la veracidad y congruencia de los datos, así como la custodia de los biológicos. Diariamente genera el producto con calidad con el fin de evitar glosas.<br>2. Productos (evidencias):Entrega a las profesionales Extramurales la base y registro en el módulo de la cohorte con calidad. |
| 10 | Obligación 10. Realizar las demás obligaciones que se relacionen con el objeto del contrato y que sean requeridas por la supervisión. Contenidas en el formato de necesidad de personal que hace parte integral del presente contrato.<br>1. Actividades desarrolladas: Cumple con las demás actividades asignadas por profesionales extramurales, lideres de localidad y coordinación del programa, asegurando el cumplimiento de los lineamientos técnicos, la custodia de los biológicos y la cadena de frío. Diligencia los registros según los instructivos de la caja de herramientas, sin enmendaduras ni tachones, y garantiza la vacunación oportuna de la población susceptible.<br>2. Productos (evidencias):formato de seguimiento a la cohorte. |

**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° | OPERADOR: | |
| CONCEPTO DEL PAGO | ENTIDAD | FECHA DE PAGO | VALOR PAGADO |
| SALUD: | SANITAS | | $ 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.<br>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)<br>3- Que adjunto evidencia del cargue en el aplicativo secop de la cuenta correspondiente al mes objeto de cobro .<br>4.- Que autorizo los impuestos a que estoy obligado a pagar, por ocasión al señalado contrato. | |
| VII. ANEXOS<br>(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** | *MARELIS HOYOS TORDENCILLA*<br>*PS_7054_2025_C082B4*<br>**MARELIS HOYOS TORDENCILLA**<br>**CC: 52709778** |
| **FIRMA DE QUIEN VALIDA** | *LUZ CONSUELO PINEDA DUEÑEZ*<br>*PS_7054_2025_C082B4*<br>**LUZ CONSUELO PINEDA DUEÑEZ**<br>**SUPERVISOR ALTERNO** |
| **FIRMA DE QUIEN CONVALIDA EL CUMPLIMIENTO DE LAS OBLIGACIONES PARA EL PRESENTE PERIODO DE PAGO** | *LUZ ADRIANA CASTAÑEDA MONTEALEGRE*<br>*PS_7054_2025_C082B4*<br>**LUZ ADRIANA CASTAÑEDA MONTEALEGRE**<br>**SUPERVISOR DEL CONTRATO** |

# PAGOSIMPLE | AUTOLIQUIDACION CONSOLIDADA

**Fecha creación reporte:** 2025-10-14, 11:15:49 AM **Tipo Planilla:** I: PLANILLA INDEPENDIENTES **Numéro Planilla:** 1076405747

**Periodo Cotización:** septiembre de 2025 **Periodo Servicio:** septiembre de 2025 **Referencia pago (PIN):** 8823526245

## PAGADO 14/10/2025

### I. DATOS DEL APORTANTE

| | | | |
|---|---|---|---|
| **Razón Social** | MARELIS HOYOS TORDENILLA | | |
| **Documento** | CC52709778 | **Dirección** | CR 80J #42 A - 44 SUR |
| **Tipo de Empresa** | INDEPENDIENTE | **Teléfono** | 3004817284 |
| **Tipo Persona** | NATURAL | **Forma Presentación** | ÚNICO |
| **Ciudad** | BOGOTA D.C. | **Departamento** | BOGOTA D.C. |
| **Representante Legal** | | **Identificación** | |
| **Total Afiliados** | 1 | **ARP** | SEGUROS BOLIVAR |

### II. DETALLE DEL APORTANTE

| Datos del Afiliado | | | | Novedades | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | Pensiones | | | Salud | | | Riesgos | | | Cajas | | | Parafiscales | | | | | Total |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| Identificación | Apellidos y Nombres | Tipo Cotizante | Subtipo Cotizante | ING | RET | RET P | TDE | TAE | TDP | TAP | VSP | COR | VST | SLN | IGE | LMA | VAC | AVP | VCT | IRP | Días APP | Días EPS | Días ARP | Días CCF | Administradora | IBC Pensión | Aporte Pensión | Administradora | IBC Salud | Aporte Salud | Tarifa | IBC Riesgos | Aporte Riesgos | Administradora | IBC Caja | Aporte Caja | Aporte SENA | Aporte ICBF | ESAP | Aporte Ministerio | Total |
| CC 52709778 | MARELIS HOYOS TORDENCILLA | 59 | 00 | | | | | | | | | | | | | | | | | 0 | 30 | 30 | 30 | 0 | (230201) PROTECCION | $ 1.423.500 | $ 227.800 | (EPS005) EPS SANITAS | $ 1.423.500 | $ 178.000 | 2,436 | $ 1.423.500 | $ 34.700 | (NIN-CC) NINGUNA CCF | $ 0 | $ 0 | $ 0 | $ 0 | $ 0 | $ 0 | $ 440.500 |

### III.TOTALES

| IBC Pensión | IBC Salud | IBC Riesgos | IBC Cajas | Aportes Pensión | Aportes Salud | Aportes Riesgos | Aportes Cajas | Aportes Sena | Aportes ICBF | Aportes ESAP | Aportes Min Educación | (Incapacidades, Licencias, Saldos a Favor) EPS | Incapacidades ARP | SUBTOTAL SIN INTERESES DE MORA | TOTAL INTERESES DE MORA | TOTAL FINAL |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| $ 1.423.500 | $ 1.423.500 | $ 1.423.500 | $ 0 | $ 227.800 | $ 178.000 | $ 34.700 | $ 0 | $ 0 | $ 0 | $ 0 | $ 0 | $ 0 | $ 0 | $ 440.500 | $ 0 | $ 440.500 |



**Líneas de Servicio FonoSIMPLE: Bogotá 601 4446634 - Cali: 602 5540577 - Medellín: 604 5146669 - Bucaramanga: 607 6438000 - Cartagena: 605 6945444 - Pereira: 606 3402582 - Barranquilla: 605 3618850 - Resto del País: 018000 971 971 - ¡Más que Fácil, SIMPLE!**

¡El Poder de lo SIMPLE!

**Antes de imprimir, asegúrese que sea realmente necesario. Proteger el medio ambiente está en nuestras manos.**

AV Villas

# Tu pago en SISTEMA INTEGRADO MULTIPLE DE PAGOS ELECTRONICOS S - Pago PSE. Ref:8823526245-202509-1061306. fue aprobado

No. de autorización

**52528973**

| | |
|---|---|
| **Valor** | $440.500 |
| **Desde** | Ahorros No. **** 7096 |
| **Hacia** | Sistema Integrado Multiple De Pagos Electronicos S - Pago Pse. Ref:8823526245-202509-1061306. - Pedido o Factura No. 176045357096289 |
| **Fecha** | 14/10/2025 Hora: 09:53 AM |
| **IP de origen** | 179.19.30.95 |

**Si tienes dudas nos puedes contactar de la siguiente forma:**

Línea nacional: +57 01 8000 51 8000

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 7054 2025 CUENTA DE COBRO OCTUBRE 2025.pdf | PS 7054 2025 CUENTA DE COBRO OCTUBRE 2025.pdf | Proveedor | Descargar | Detalle |

Borrar Cargar nuevo

Cancelar

< Evaluación de la Entidad Estatal >