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: (31-12-2025)					
NOMBRES Y APELLIDOS:	**STELLA FERNANDEZ PAVA**			**CC:**	**39551512**
CORREO ELECTRÓNICO:	**SfERPA@HOTMAIL.COM**			**TELÉFONO:**	**3132213097**
DIRECCIÓN DOMICILIO:	**KR 4A 32 07**			**CIUDAD:**	**BOGOTA**
BANCO AL CUAL CONSIGNAR:	**BANCO CAJA SOCIAL**	**TIPO DE CUENTA:**	**AHORROS**	**N° CUENTA:**	**24070941810**
DATOS DEL CONTRATO O ADICION Y PERIODO OBJETO DE PAGO					
Nº DEL CONTRATO:	**PS 1615 2025**	**VALOR CORRESPONDIENTE AL PERIODO OBJETO DE COBRO**			**$ 2.672.026**
FECHA DE INICIO CONTRATO	**2025/01/01**	**FECHA DE TERMINACIÓN CONTRATO:**			**2026/01/15**
PERIODO OBJETO DE COBRO:	**DEL 2025/12/01 AL 2025/12/31**				

STELLA FERNANDEZ PAVA
PS_1615_2025_15A7C1

NOMBRE Y FIRMA DEL CONTRATISTA:
STELLA FERNANDEZ PAVA
CC: 39551512
CEL: 3132213097

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			
STELLA FERNANDEZ PAVA			
	CON C.C N°	**39.551.512**	
OBJETO DEL CONTRATO:	PRESTAR SERVICIOS COMO TECNICO ADMINISTRATIVO PARA DESARROLLAR ACTIVIDADES EN LA DIRECCION DE SERVICIOS HOSPITALARIOS DE LA SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E.		
CONTRATO DE PRESTACION DE SERVICIOS PROFESIONALES No.	**PS 1615 2025**	**FECHA INICIO CONTRATO**	**2025/01/01**
VALOR INICIAL DEL CONTRATO	$ 8.016.078	**No. HORAS EJECUTADAS**	**0**
VALOR TOTAL DEL CONTRATO INCLUIDO ADICIONES:	$ 34.736.338	**VALOR DE HONORARIOS PERÍODO A CERTIFICAR:**	$ 2.672.026
PLAZO DEL CONTRATO INCLUYENDO PRORROGAS	TRECE (13) MESES		
UNIDAD FUNCIONAL DE EJECUCIÓN DE ACTIVIDADES:	HOSPITAL SANTA CLARA		
NOMBRE DEL SUPERVISOR:	HUGO GERMAN REYES GUERRERO		

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	REALIZACION DE TALLERES EN HOSPITAL DIA

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 (2025-12-01) AL (2025-12-31)

IV. INFORMACIÓN DE APORTES A SEGURIDAD SOCIAL

No. DE PLANILLA:	N° 91183652	OPERADOR:	MI PLANILLA
CONCEPTO DEL PAGO	ENTIDAD	FECHA DE PAGO	VALOR PAGADO
SALUD:	NUEVA EPS	2025/11/14	$ 178.000
PENSIÓN:	SIN DATO	2025/11/14	$ 0
RIESGOS LABORALES:	SEGUROS BOLIVAR	2025/11/14	$ 34.700
OTRO			
TOTAL PAGADO			$ 212.700

V. DECLARACIONES DEL CONTRATISTA

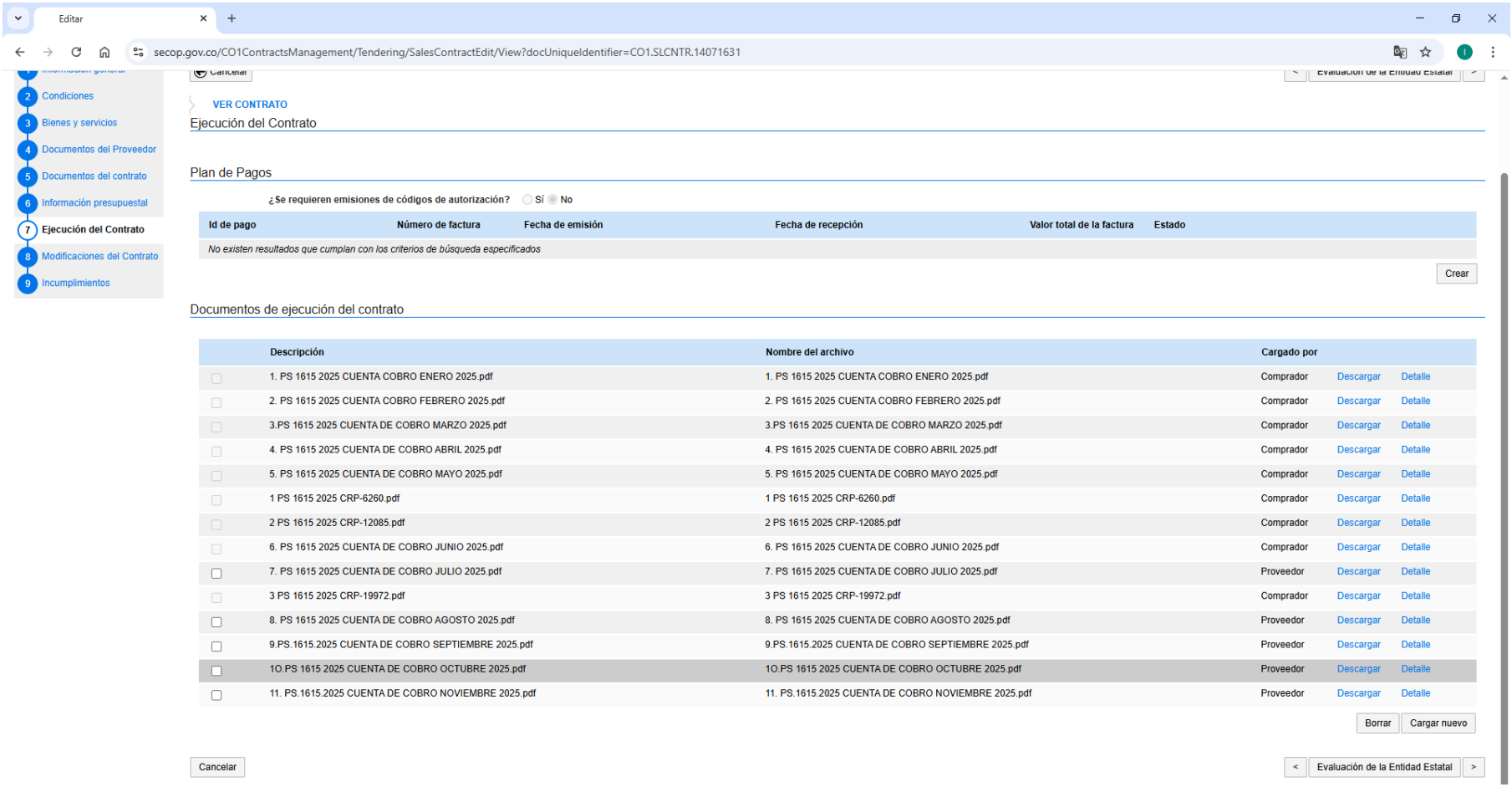
1.- Que desarrollé las actividades descritas en el informe anexo, dentro del período de cobro.
2.- Que realicé el pago de la Seguridad Social donde el ibc se calculo sobre el 40% de los ingresos cancelados del mes anterior pago del cual anexo copia simple, sin que en ningun caso el IBC sea menor a 1 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	*STELLA FERNANDEZ PAVA* *PS_1615_2025_15A7C1* **STELLA FERNANDEZ PAVA** **CC: 39551512**
FIRMA DE QUIEN VALIDA	*DEISY YANETH HENAO VILLALOBOS* *PS_1615_2025_15A7C1* **DEISY YANETH HENAO VILLALOBOS** **SUPERVISOR ALTERNO**
FIRMA DE QUIEN CONVALIDA EL CUMPLIMIENTO DE LAS OBLIGACIONES PARA EL PRESENTE PERIODO DE PAGO	*HUGO GERMAN REYES GUERRERO* *PS_1615_2025_15A7C1* **HUGO GERMAN REYES GUERRERO** **SUPERVISOR DEL CONTRATO**


Editar
secop.gov.co/CO1ContractsManagement/Tendering/SalesContractEdit/View?docUniqueIdentifier=CO1.SLCNTR.14071631
Cancelar
Evaluación de la Entidad Estatal
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
VER CONTRATO
Ejecución del Contrato
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
1. PS 1615 2025 CUENTA COBRO ENERO 2025.pdf
1. PS 1615 2025 CUENTA COBRO ENERO 2025.pdf
Comprador
Descargar
Detalle
2. PS 1615 2025 CUENTA COBRO FEBRERO 2025.pdf
2. PS 1615 2025 CUENTA COBRO FEBRERO 2025.pdf
Comprador
Descargar
Detalle
3.PS 1615 2025 CUENTA DE COBRO MARZO 2025.pdf
3.PS 1615 2025 CUENTA DE COBRO MARZO 2025.pdf
Comprador
Descargar
Detalle
4. PS 1615 2025 CUENTA DE COBRO ABRIL 2025.pdf
4. PS 1615 2025 CUENTA DE COBRO ABRIL 2025.pdf
Comprador
Descargar
Detalle
5. PS 1615 2025 CUENTA DE COBRO MAYO 2025.pdf
5. PS 1615 2025 CUENTA DE COBRO MAYO 2025.pdf
Comprador
Descargar
Detalle
1 PS 1615 2025 CRP-6260.pdf
1 PS 1615 2025 CRP-6260.pdf
Comprador
Descargar
Detalle
2 PS 1615 2025 CRP-12085.pdf
2 PS 1615 2025 CRP-12085.pdf
Comprador
Descargar
Detalle
6. PS 1615 2025 CUENTA DE COBRO JUNIO 2025.pdf
6. PS 1615 2025 CUENTA DE COBRO JUNIO 2025.pdf
Comprador
Descargar
Detalle
7. PS 1615 2025 CUENTA DE COBRO JULIO 2025.pdf
7. PS 1615 2025 CUENTA DE COBRO JULIO 2025.pdf
Proveedor
Descargar
Detalle
3 PS 1615 2025 CRP-19972.pdf
3 PS 1615 2025 CRP-19972.pdf
Comprador
Descargar
Detalle
8. PS 1615 2025 CUENTA DE COBRO AGOSTO 2025.pdf
8. PS 1615 2025 CUENTA DE COBRO AGOSTO 2025.pdf
Proveedor
Descargar
Detalle
9.PS.1615.2025 CUENTA DE COBRO SEPTIEMBRE 2025.pdf
9.PS.1615.2025 CUENTA DE COBRO SEPTIEMBRE 2025.pdf
Proveedor
Descargar
Detalle
10.PS 1615 2025 CUENTA DE COBRO OCTUBRE 2025.pdf
10.PS 1615 2025 CUENTA DE COBRO OCTUBRE 2025.pdf
Proveedor
Descargar
Detalle
11. PS.1615.2025 CUENTA DE COBRO NOVIEMBRE 2025.pdf
11. PS.1615.2025 CUENTA DE COBRO NOVIEMBRE 2025.pdf
Proveedor
Descargar
Detalle
Borrar
Cargar nuevo
Cancelar
< Evaluación de la Entidad Estatal >

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	39551512	STELLA FERNANDEZ PAVA	CR 4 A # 32 07	3400478	SFERPA@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	CANTIDAD UPC
					1	0
PERIODO SALUD	PERIODO PENSIONES				TOTAL A PAGAR	
2025-11	2025-11	I	14/11/2025	91183652	$212.700	

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					
EPS037	Nueva EPS	900156264-2	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

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										
14-7	Seguros Bolivar S.A.	860002503-2	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

TOTALES PARAFISCALES

Valor Aporte	Días Mora	Valor Mora Aporte	Total a Pagar	No. Afiliados
SENA				
0	0	0	0	0
ICBF				
0	0	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	178.000
Pensión	0	0	0
Riesgos Laborales	1	34.700	34.700
CCF	0	0	0
ESAP	0	0	0
ICBF	0	0	0
MEN	0	0	0
SENA	0	0	0
TOTALES	2	212.700	212.700

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
CC	39551512	STELLA FERNANDEZ PAVA		CR 4 A # 32 07	3400478	SFERPA@HOTMAIL.COM
FORMA PRESENTACIÓN	CLASE APORTANTE	NOMBRE SUCURSAL	CÓDIGO	DEPARTAMENTO	CIUDAD / MUNICIPIO	EXONERADO PAGO PARAFISCALES Y SALUD
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	
2025-11	2025-11	I	14/11/2025	91183652	$212.700	

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	Estornado	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	39551512	FERNANDEZ PAVA STELLA	59	3			N																		0	0	0	0	0	0	EPS037	1.423.500	178.000	14-7	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

Colfondos
Pensiones y Cesantías
del grupo Scotiabank

Bogotá, D.C., 02 de septiembre de 2014
BP-R-I-L-15634-09-14

Señora.
STELLA FERNANDEZ PAVA
Carrera 4 A No 32 – 10
Cel: 3132213097 – 3006570705
Correo Electrónico: sferpa@hotmail.com
Bogotá – Cundinamarca

Ref: Objeción de Pensión de Vejez, Stella Fernández Pava c.c. 39.551.512
Oficina Calle 53

Respetada Señora:

En atención a la solicitud de pensión de vejez, atentamente nos permitimos informarle lo siguiente:

Usted suscribió formulario de vinculación con el Fondo de Pensiones Obligatorias administrado por **Colfondos** el día 10 de abril de 1996.

Al revisar el saldo de la cuenta de ahorro individual administrada por **Colfondos**, donde se encuentran los aportes realizados por concepto de pensión al Fondo de Pensiones Obligatorias más los respectivos rendimientos, se evidenció que no completa el capital que se requiere de acuerdo con lo establecido en el artículo 64 de la Ley 100 de 1993, que señala:

> *"Los afiliados al Régimen de Ahorro Individual con Solidaridad, tendrán derecho a una pensión de vejez, a la edad que escojan, siempre y cuando el capital acumulado en su cuenta de ahorro individual les permita obtener una pensión mensual, superior al 110% del salario mínimo legal mensual vigente, reajustado anualmente según la variación porcentual del Indice de precios al Consumidor certificado por el DANE. Para el cálculo de dicho monto se tendrá en cuenta el valor del bono pensional, cuando a este hubiere lugar."*

De la anterior lectura podemos establecer que para efectos de una pensión de vejez se debe contar con un capital que alcance para financiar una pensión de vejez superior al 110% de un salario mínimo, situación que en su caso particular no sucedió.

Teniendo en cuenta las anteriores consideraciones y en cumplimiento de lo preceptuado en el artículo ya señalado de la Ley 100 de 1993 el Fondo de Pensiones Obligatorias **Colfondos, OBJETA** su pensión de vejez.

De otra parte, el artículo 66 de la Ley 100 de 1993, que establece lo siguiente:

Colfondos

"Devolución de Saldos. Quienes a las edades previstas en el artículo anterior no hayan cotizado el número mínimo de semanas exigidas, y no haya acumulado el capital necesario para financiar una pensión por lo menos igual al salario mínimo, tendrán derecho a la devolución del capital acumulado en su cuenta de ahorro individual, incluidos los rendimientos financieros y el valor del bono pensional, si a este hubiere lugar, o a continuar cotizando hasta alcanzar el derecho."

Sin embargo, su bono pensional se redime el 13 de agosto de 2017, no obstante usted puede acudir a la redención anticipada del bono pensional, tal como lo señala el artículo 16 del Decreto 1748 de 1995, así:

"Artículo 16. REDENCION ANTICIPADA DE LOS BONOS.

Habrá lugar a la redención anticipada de los bonos cuando se dé una de las siguientes circunstancias:

1. *Para bonos tipo A que no hayan sido negociados ni utilizados para adquirir acciones de empresas públicas, el fallecimiento o la declaratoria de invalidez del beneficiario, o bien la devolución del saldo en los casos previstos en los artículos 72 y 78 de la Ley 100 de 1993. (...)"*

En consecuencia, debido a que usted no cumplió con los requisitos establecidos para obtener una pensión de vejez, esta Administradora procederá a realizar la devolución de saldos que se encuentran registrados en su cuenta individual de ahorro pensional.

De igual manera, una vez culmine el trámite del bono pensional y el mismo se encuentre acreditado en su cuenta de ahorro individual procederemos a devolverle este valor.

Es de aclarar que el valor de esta devolución podrá variar de acuerdo a la rentabilidad que tenga el fondo entre la fecha de esta comunicación y el momento del pago.

El pago de los dineros antes mencionados será efectuado en la oficina de atención al cliente a través de la cual usted radicó su solicitud pensional.

Por último, le solicitamos indicar la forma de pago:

Cuenta Bancaria ☐

Cualquier información adicional la atenderemos con gusto.

Cordialmente,

MARIA STELLA MANTILLA PARADA
Coordinadora de Pensiones
Macm