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:	**CARMEN ALICIA MATURANA DIAZ**			**CC:**	**39419657**
CORREO ELECTRÓNICO:	**carmen.enfer24@gmail.com**			**TELÉFONO:**	**3112866442**
DIRECCIÓN DOMICILIO:	**CL 64 D 108 29**			**CIUDAD:**	**BOGOTA**
BANCO AL CUAL CONSIGNAR:	**BANCO DAVIVIENDA S.A.**	**TIPO DE CUENTA:**	**AHORROS**	**N° CUENTA:**	**008770122144**
DATOS DEL CONTRATO O ADICION Y PERIODO OBJETO DE PAGO					
Nº DEL CONTRATO:	**PS 6665 2025**	**VALOR CORRESPONDIENTE AL PERIODO OBJETO DE COBRO**			**$ 4.195.200**
FECHA DE INICIO CONTRATO	**2025/10/01**	**FECHA DE TERMINACIÓN CONTRATO:**			**2026/01/31**
PERIODO OBJETO DE COBRO:	**DEL 2025/12/01 AL 2025/12/31**				

CARMEN ALICIA MATURANA DIAZ
PS_6665_2025_9BD4E0

NOMBRE Y FIRMA DEL CONTRATISTA:
CARMEN ALICIA MATURANA DIAZ
CC: 39419657
CEL: 3112866442

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			
CARMEN ALICIA MATURANA DIAZ			
	CON C.C N°	**39.419.657**	
OBJETO DEL CONTRATO:	PRESTAR SERVICIOS PROFESIONALES EN 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 6665 2025**	**FECHA INICIO CONTRATO**	**2025/10/01**
VALOR INICIAL DEL CONTRATO	$ 4.195.200	**No. HORAS EJECUTADAS**	**184**
VALOR TOTAL DEL CONTRATO INCLUIDO ADICIONES:	$ 20.679.600	**VALOR DE HONORARIOS PERÍODO A CERTIFICAR:**	$ 4.195.200
PLAZO DEL CONTRATO INCLUYENDO PRORROGAS	CUATRO (4) MESES		
UNIDAD FUNCIONAL DE EJECUCIÓN DE ACTIVIDADES:	SEDE ADMINISTRATIVA SAN JOSE OBRERO		
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 obligaciones específicas del contrato realizadas durante el mes)**
1	1. OBLIGACIÓN: 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. 1.1 ACTIVIDADES DESARROLLADAS: Desarrollar actividades propuestas en la localidad Los mártires como son: Asesorías en salud en los productos 25, 33, 75 y 84. 1.2 PRODUCTO (EVIDENCIA): Formatos de fichas propias de las actividades de laboral.
2	2. OBLIGACIÓN: Presentar mensualmente el cronograma de actividades a desarrollar. 2.1 ACTIVIDADES DESARROLLADAS: Entrega de cronograma con las actividades realizadas durante el mes. 2.2 PRODUCTO (EVIDENCIA): Cronograma en magnético drive: https://drive.google.com/drive/folders/1HH8tvISxLGD5kTi1VdEsgrA4imZJMMH?usp=sharing.
3	3. OBLIGACIÓN: 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. 3.1 ACTIVIDADES DESARROLLADAS: Brindar apoyo de las actividades programadas por el entorno laboral en pro del cumplimiento de las metas y demás actividades que disponga el líder del entorno. 3.2 PRODUCTO (EVIDENCIA): Acta y listados de asistencia.
4	4. OBLIGACIÓN: 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.4.1 ACTIVIDADES DESARROLLADAS: Brindar asesoría para el cuidado y la protección de la salud en NNA y asesorías de promoción del cuidado de la salud con énfasis en prevención de factores de riesgo de condiciones crónicas no transmisibles con trabajadores de la economía informal. 4.2 PRODUCTO (EVIDENCIA): Formatos NNA, UTI y demás formatos del proceso laboral.
5	5. OBLIGACIÓN: Cumplir con la meta, actividades y/o productos programados y asignados con la calidad del dato requerida (oportunidad, consistencia, exactitud) desde su perfil profesional y conforme a los anexos y lineamientos técnicos que hagan parte de la relación contractual entre el FDS y la Subred. 5.1 ACTIVIDADES DESARROLLADAS: Garantizar la calidad y cantidad de los procesos asignados durante el mes en curso y realizar alistamiento de carpetas para auditoría. 5.2 PRODUCTO (EVIDENCIA): Formatos NNA, UTI, tamizajes y envío de bases de condiciones crónicas y toma de glucometría a los correos: espaciotrabajosubredco2@gmail.com. mapinzonr.subredcentrooriente@gmail.com.
6	6. OBLIGACIÓN: Realizar apropiación conceptual desde su perfil con los anexos y lineamientos técnicos del convenio PSPIC vigente y suscrito entre el FDS y la Subred. 6.1 ACTIVIDADES DESARROLLADAS: Se realizó lectura y apropiación conceptual a lineamientos y caja de herramientas para la ejecución de las actividades de la nueva vigencia octubre 2025 a junio 2027. 6.2 PRODUCTO (EVIDENCIA): Actas y listados de asistencia.
7	7. OBLIGACIÓN: Realizar revisión y responder por los formatos de captura, documentos, bases o informes generados como resultado de las acciones o intervenciones realizadas de acuerdo con los lineamientos técnicos de los entornos y procesos transversales del convenio Interadministrativo PSPIC. 7.1 ACTIVIDADES DESARROLLADAS: Garantizar la calidad y cantidad de los procesos asignados durante el mes en curso y realizar alistamiento de carpetas para auditoría. 7.2 PRODUCTO (EVIDENCIA): Formatos NNA, UTI, tamizajes y envío de bases de condiciones crónicas y toma de glucometría a los correos: espaciotrabajosubredco2@gmail.com. mapinzonr.subredcentrooriente@gmail.com
8	8. OBLIGACIÓN DE: Notificar los eventos de interés en salud pública detectados en cada una de sus intervenciones. 8.1 ACTIVIDADES DESARROLLADAS: Realizar Canalización sectorial e intersectorial, proceso de agendamiento y activaciones de ruta según necesidad de los NNA y trabajadores de las unidades de trabajo informal intervenidos. 8.2 PRODUCTO (EVIDENCIA): Formato de Excel de canalización, formatos de epidemiología según evento de interés en salud pública identificado.
9	9. OBLIGACIÓN: Organizar el archivo de la documentación generada de acuerdo con la normatividad y tabla de retención documental. 9.1 ACTIVIDADES DESARROLLADAS: Organizar en carpetas los soportes generados para el desarrollo de las actividades, teniendo en cuenta foliar, perfilar las hojas y marcas las carpetas acordes a los productos que se ejecutan en el entorno. 9.2 PRODUCTO (EVIDENCIA): Acta y listados de asistencia.

10	10. OBLIGACIÓN: Dar cumplimiento a las actividades de los procesos TRANSVERSALES del PSPIC, de acuerdo con su competencia: CANALIZACIONES, PAI, Educación para la Salud Pública, GESI, ACCVSyE, Notificación de EISP y Participación Social. 10.1 ACTIVIDADES DESARROLLADAS: Cumplir con activación de ruta y notificación acorde a necesidad identificada tanto a nivel individual y colectivo. 10.2 PRODUCTO (EVIDENCIA): formato de canalización y notificación según evento.
11	11. OBLIGACIÓN: El contratista se obliga a que las glosas que se generen por incumplimiento de las obligaciones contractuales y de acuerdo con 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. 11.1 ACTIVIDADES DESARROLLADAS: Diligenciar de forma adecuada los formatos de UTI de acuerdo a los instructivos de cada formato. 11.2 PRODUCTO (EVIDENCIA): Formatos de UTI y formatos de NNA.
12	12. OBLIGACIÓN: 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. 12.1 ACTIVIDADES DESARROLLADAS: Cumplimiento de las actividades asignadas en el entorno cuidador laboral, jornadas de salud dando respuesta a la meta asignada durante el mes. 12.2 PRODUCTO (EVIDENCIA): Acta y listados de asistencia.

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° 9496213918	OPERADOR:	APORTES EN LINEA

CONCEPTO DEL PAGO	ENTIDAD	FECHA DE PAGO	VALOR PAGADO
SALUD:	SANITAS	2025/12/11	$ 268.600
PENSIÓN:	PORVENIR	2025/12/11	$ 343.800
RIESGOS LABORALES:	SEGUROS BOLIVAR	2025/12/11	$ 52.400
OTRO			
TOTAL PAGADO			$ 664.800

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	*CARMEN ALICIA MATURANA DIAZ* *PS_6665_2025_9BD4E0* **CARMEN ALICIA MATURANA DIAZ** **CC: 39419657**

FIRMA DE QUIEN VALIDA	*JEAN PAUL ALARCON BARRAGAN* *PS_6665_2025_9BD4E0* **JEAN PAUL ALARCON BARRAGAN** **SUPERVISOR ALTERNO**
FIRMA DE QUIEN CONVALIDA EL CUMPLIMIENTO DE LAS OBLIGACIONES PARA EL PRESENTE PERIODO DE PAGO	*LIDA ESPERANZA MONTENEGRO PARRA* *PS_6665_2025_9BD4E0* **LIDA ESPERANZA MONTENEGRO PARRA** **SUPERVISOR DEL CONTRATO**

Resumen General de Pago

DATOS GENERALES DEL APORTANTE

Identificación	dv	Razon Social	Clase Aportante	Sucursal Principal	Direccion	Ciudad-Departamento	Teléfono	Exonerado SENA e ICBF
CC 39419657		MATURANA DIAZ CARMEN ALICIA	INDEPENDIENTE	PRINCIPAL	CL 64D 108 29 VILLAS DEL DORADO	BOGOTA-BOGOTA D.E.	3112866442	No

DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION

Periodo		Clave		Tipo	Fecha		Pago		
Pensión	Salud	Pago	Planilla	Planilla	Limite	Pago	Banco	Dias Mora	Valor
2025-11	2025-11	1999597918	9496213918	I	2025/12/15	2025/12/11	NEQUI	0	$664,800

LIQUIDACION DETALLADA DE APORTES

EMPLEADO					PENSION		SALUD				CCF				RIESGOS				PARAFISCALES		
No.	Identificación	Nombres	Codigo	Días	IBC	Aporte	Codigo	Días	IBC	Aporte	Codigo	Días	IBC	Aporte	Codigo	Días	IBC	Aporte	Días	IBC	Aporte
Sucursal: PRINCIPAL (1 Afiliados)					$2,148,700	$343,800			$2,148,700	$268,600			$0	$0			$2,148,700	$52,400		$0	$0
Centro de Trabajo: PRINCIPAL (1 Afiliados)					$2,148,700	$343,800			$2,148,700	$268,600			$0	$0			$2,148,700	$52,400		$0	$0
Ciudad: BOGOTA Depto: BOGOTA D.E. (1 Afiliados)					$2,148,700	$343,800			$2,148,700	$268,600			$0	$0			$2,148,700	$52,400		$0	$0
1	CC	39419657	MATURANA CARMEN	230301	30	$2,148,700	$343,800	EPS005	30	$2,148,700	$268,600		0	$0	$0	14-7	30	$2,148,700	$52,400	0	$0	$0
Total Afiliados(1)						$2,148,700	$343,800			$2,148,700	$268,600			$0	$0			$2,148,700	$52,400		$0	$0

Resumen General de Pago

DATOS GENERALES DEL APORTANTE

Identificación	dv	Razon Social	Clase Aportante	Sucursal Principal	Direccion	Ciudad-Departamento	Teléfono	Exonerado SENA e ICBF
CC 39419657		MATURANA DIAZ CARMEN ALICIA	INDEPENDIENTE	PRINCIPAL	CL 64D 108 29 VILLAS DEL DORADO	BOGOTA-BOGOTA D.E.	3112866442	No

DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION

Periodo		Clave		Tipo	Fecha		Pago		
Pensión	Salud	Pago	Planilla	Planilla	Limite	Pago	Banco	Dias Mora	Valor
2025-11	2025-11	1999597918	9496213918	I	2025/12/15	2025/12/11	NEQUI	0	$664,800

RESUMEN DE PAGO

RIESGO	CODIGO	NIT	DV	AFILIADOS	VALOR LIQUIDADO	INTERESES MORA	SALDOS E INCAPACIDADES	VALOR A PAGAR
AFP (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$343,800	$0	$0	$343,800
PORVENIR	230301	800,224,808	8	1	$343,800	$0	$0	$343,800
ARL (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$52,400	$0	$0	$52,400
SEGUROS BOLIVAR	14-7	860,002,503	2	1	$52,400	$0	$0	$52,400
EPS (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$268,600	$0	$0	$268,600
SANITAS	EPS005	800,251,440	6	1	$268,600	$0	$0	$268,600
TOTAL				1	$664,800	$0	$0	$664,800

Pago realizado

Pago en
Aportes En Linea

¿Cuánto?
$ 664.800,00

Fecha
11 de diciembre de 2025 a las 12:14 p. m.

Referencia
M06731001

VIGILADO Superintendencia financiera de Colombia

Powered by CamScanner

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

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 6665 2025 CUENTA DE COBRO OCTUBRE 2025.pdf	PS 6665 2025 CUENTA DE COBRO OCTUBRE 2025.pdf	Proveedor	Descargar	Detalle
	PS 6665 2025 CUENTA DE COBRO NOVIEMBRE 2025.pdf (Archivado)	PS 6665 2025 CUENTA DE COBRO NOVIEMBRE 2025.pdf	Proveedor	Descargar	Detalle
☐	PS 6665_2025 CUENTA DE COBRO NOVIEMBRE 2025.pdf	PS 6665_2025 CUENTA DE COBRO NOVIEMBRE 2025.pdf	Proveedor	Descargar	Detalle

Borrar Cargar nuevo

Cancelar

< Evaluación de la Entidad Estatal >