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:	**DANNA CAMILA MENDEZ PEÑA**			**CC:**	**1022931281**
CORREO ELECTRÓNICO:	**dannamendezpc@gmail.com**			**TELÉFONO:**	**3004860343**
DIRECCIÓN DOMICILIO:	**KR 17 F 74B 21 SUR**			**CIUDAD:**	**BOGOTA**
BANCO AL CUAL CONSIGNAR:	**BANCOLOMBIA**	**TIPO DE CUENTA:**	**AHORROS**	**N° CUENTA:**	**67360952131**
DATOS DEL CONTRATO O ADICION Y PERIODO OBJETO DE PAGO					
Nº DEL CONTRATO:	**PS 6557 2025**	**VALOR CORRESPONDIENTE AL PERIODO OBJETO DE COBRO**			**$ 502.200**
FECHA DE INICIO CONTRATO	**2025/10/01**	**FECHA DE TERMINACIÓN CONTRATO:**			**2026/01/31**
PERIODO OBJETO DE COBRO:	**DEL 2025/11/01 AL 2025/11/30**				

DANNA CAMILA MENDEZ PEÑA
PS_6557_2025_FA8A08

NOMBRE Y FIRMA DEL CONTRATISTA:
DANNA CAMILA MENDEZ PEÑA
CC: 1022931281
CEL: 3004860343

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			
DANNA CAMILA MENDEZ PEÑA			
	CON C.C N°	**1.022.931.281**	
OBJETO DEL CONTRATO:	PRESTAR SERVICIOS DE APOYO A LA GESTI?N COMO TECNOLOGO EN SANEAMIENTO AMBIENTAL 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 6557 2025**	**FECHA INICIO CONTRATO**	**2025/10/01**
VALOR INICIAL DEL CONTRATO	$ 2.980.800	**No. HORAS EJECUTADAS**	**31**
VALOR TOTAL DEL CONTRATO INCLUIDO ADICIONES:	$ 13.543.200	**VALOR DE HONORARIOS PERÍODO A CERTIFICAR:**	$ 502.200
PLAZO DEL CONTRATO INCLUYENDO PRORROGAS	CUATRO (4) MESES		
UNIDAD FUNCIONAL DE EJECUCIÓN DE ACTIVIDADES:	CENTRO DE SALUD PRIMERO DE MAYO		
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. OBLIGACIÓN1: Prestar sus servicios con calidad y oportunidad, para el desarrollo de las actividadesdelPlande IntervencionesColectivas en elDistritoCapital segúnconvenioPSPIC vigenteysuscritoentreelFDSylaSubred. 1.1ACTIVIDADESDESARROLLADAS: Atencionoportunadeactividadesasigandas en la linea de intervencion enfermedades de origen zoonotico y acciones de inspeccion, vigilanciay controldeenlaslocalidadesvigiladasporlasubred 1.2PRODUCTO (EVIDENCIA): Planillas vacunación antirrábica puntos fijos y extramurales, carnet vacunación
2	2.OBLIGACIÓN2:Presentarmensualmenteelcronogramadeactividadesadesarrollar. 2.1ACTIVIDADESDESARROLLADAS:Serealizaentregaderespectivocronograma 2.2PRODUCTO(EVIDENCIA):Cronograma en físico
3	3.OBLIGACIÓN 3: Apoyar la prestación de servicios en el Plan de Intervenciones Colectivas, presentandolainformacióny/osoportesquesesoliciteconformealosanexosy lineamientos técnicosdelconvenioPSPICvigenteysuscritoentreelFDSylaSubred. 3.1ACTIVIDADES DESARROLLADAS: Realizar vacunación antirrábica preventiva con asesoría de los cuidadospreypost vacuna. Realizaraccionesdesocializaciónindividual en tenencia responsable demascotas efectos adversos a la vacunación y seguimiento decasos 3.2PRODUCTO (EVIDENCIA): Entrega de planillas vacunación antirrábica puntos fijos y extramurales, carnet vacunación.
4	4. OBLIGACIÓN 4: Apoyar las actividades inherentes al objeto del contrato para el mejoramientocontinuo decalidadyaquellasdefinidasdentro de losplanes demejoramiento delosdiferentesestándaresdehabilitaciónyacreditacióndeserviciosdesalud. 4.1ACTIVIDADES DESARROLLADAS: Realizar actividades de acuerdo con los requerimientosdelcoordinadordelárea 4.2PRODUCTO (EVIDENCIA): Entrega de formatos específicos de acuerdo con los requerimientos de la coordinación
5	5.OBLIGACIÓN 5: Realizar apropiació n conceptual desde su perfil con los anexos y lineamientostécnicosdelconvenioPSPICvigenteysuscritoentreelFDSy laSubred 5.1ACTIVIDADESDESARROLLADAS:Asistenciayparticipacióndelplandeinducción, reinducciónyfortalecimientodecapacidades,asícomo,delaevaluacióndelascapacidades técnicas del talento humano del PVpyg 5.2PRODUCTO(EVIDENCIA):Actas, listados y evaluaciones(pre y postest)
6	6.OBLIGACIÓN6:Cumplirconlameta,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 proceso de la Vigilancia de la Salud ambiental-VSA del convenio Interadministrativo PSPIC. 6.1 ACTIVIDADES DESARROLLADAS: Realizar vacunación antirrábica preventiva de acuerdo a la meta establecida. 6.2PRODUCTO (EVIDENCIA): planillas vacunación antirrábica puntos fijos y extramurales, carnet vacunación.
7	7. OBLIGACIÓN 7: Realizar con calidad y oportunidad los procesos de captura del dato, revisió n 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 técnicosdelosentornosyprocesostransversalesdelconvenioInteradministrativoPSPIC. 7.1ACTIVIDADES DESARROLLADAS: Diligenciamiento completo y con calidad de la planillay carnetdevacunacióncontralarabiaparaperrosygatos. 7.2PRODUCTO (EVIDENCIA): Formato EZ21 - Planilla de vacunació n y carnet completamentediligenciadacumpliendoloscriteriosdecalidaddescritosenelAnexo4. Manual Tecnico Operativo Vacunacion antirrabica animal.
8	8.OBLIGACIÓN8: Dar cumplimiento a lasactividades de los procesosTRANSVERSALES del PSPIC, de acuerdo a su competencia: CANALIZACIONES, PAI, Educació n para la Salud Publica,GESI,ACCVSyE,NotificacióndeEISPyParticipaciónSocial. 8.1ACTIVIDADESDESARROLLADAS:NOHUBOPARAELPERIODO 8.2PRODUCTO(EVIDENCIA):NO HUBO PARA EL PERIODO

9	9.OBLIGACIÓN9: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 procedimientoadministrativosancionatoriodeincumplimientocontractual. 9.1 ACTIVIDADES DESARROLLADAS: En caso de que no hizo canalizaciones, no apoyo jornadas PAI, no tuvo fortalecimientos de capacidad con el equipo de cofinanciación y/o educacionparalasaludpublica,porfavorcolocar:NOHUBOPARAELPERIODO.Si realizo alguna de estas diligenciar lo que HIZO. 9.2PRODUCTO(EVIDENCIA):En caso de que no hizo canalizaciones, no apoyo jornadas PAI, no tuvo fortalecimientos de capacidad con el equipo de cofinanciación y/o educacionparalasaludpublica,porfavorcolocar:NOHUBOPARAELPERIODO.Si realizo alguna de estas diligenciar lo que HIZO.
10	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 10.1 ACTIVIDADESDESARROLLADAS: Actividades asignadas desde el componente de vigilancia de la salud ambiental. 10.2 PRODUCTO (EVIDENCIA): Entrega de formatos específicos de acuerdo con los requerimientos de la coordinación

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° 9494058749	OPERADOR:	APORTES EN LINEA
CONCEPTO DEL PAGO	ENTIDAD	FECHA DE PAGO	VALOR PAGADO
SALUD:	SALUD TOTAL	2025/12/11	$ 178.000
PENSIÓN:	PORVENIR	2025/12/11	$ 227.800
RIESGOS LABORALES:	SURA	2025/12/11	$ 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	*DANNA CAMILA MENDEZ PEÑA* *PS_6557_2025_FA8A08* **DANNA CAMILA MENDEZ PEÑA** **CC: 1022931281**

FIRMA DE QUIEN VALIDA	*JAVIER RICARDO PEÑUELA PEREZ* *PS_6557_2025_FA8A08* **JAVIER RICARDO PEÑUELA PEREZ** **SUPERVISOR ALTERNO**
FIRMA DE QUIEN CONVALIDA EL CUMPLIMIENTO DE LAS OBLIGACIONES PARA EL PRESENTE PERIODO DE PAGO	*LIDA ESPERANZA MONTENEGRO PARRA* *PS_6557_2025_FA8A08* **LIDA ESPERANZA MONTENEGRO PARRA** **SUPERVISOR DEL CONTRATO**

aportes en línea

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 1022931281		MENDEZ PEÑA DANNA CAMILA	INDEPENDIENTE	PRINCIPAL	Kr 17 f n 74 b 21 sur	BOGOTA-BOGOTA D.E.	3146816052	No

DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION

Periodo		Clave		Tipo	Fecha		Pago		
Pensión	Salud	Pago	Planilla	Planilla	Limite	Pago	Banco	Dias Mora	Valor
2025-10	2025-10	1923950709	9494058749	I	2025/11/21	2025/11/12	BANCOLOMBIA	0	$440,500

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)					$1,423,500	$227,800			$1,423,500	$178,000			$0	$0			$1,423,500	$34,700		$0	$0
Centro de Trabajo: PRINCIPAL (1 Afiliados)					$1,423,500	$227,800			$1,423,500	$178,000			$0	$0			$1,423,500	$34,700		$0	$0
Ciudad: BOGOTA Depto: BOGOTA D.E. (1 Afiliados)					$1,423,500	$227,800			$1,423,500	$178,000			$0	$0			$1,423,500	$34,700		$0	$0
1	CC	1022931281	MENDEZ DANNA	230301	30	$1,423,500	$227,800	EPS002	30	$1,423,500	$178,000		0	$0	$0	14-11	30	$1,423,500	$34,700	0	$0	$0
Total		**Afiliados(1)**				$1,423,500	$227,800			$1,423,500	$178,000			$0	$0			$1,423,500	$34,700		$0	$0

aportes en línea

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 1022931281		MENDEZ PEÑA DANNA CAMILA	INDEPENDIENTE	PRINCIPAL	Kr 17 f n 74 b 21 sur	BOGOTA-BOGOTA D.E.	3146816052	No

DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION

Periodo		Clave		Tipo	Fecha		Pago		
Pensión	Salud	Pago	Planilla	Planilla	Limite	Pago	Banco	Dias Mora	Valor
2025-10	2025-10	1923950709	9494058749	I	2025/11/21	2025/11/12	BANCOLOMBIA	0	$440,500

RESUMEN DE PAGO

RIESGO	CODIGO	NIT	DV	AFILIADOS	VALOR LIQUIDADO	INTERESES MORA	SALDOS E INCAPACIDADES	VALOR A PAGAR
AFP (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$227,800	$0	$0	$227,800
PORVENIR	230301	800,224,808	8	1	$227,800	$0	$0	$227,800
ARL (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$34,700	$0	$0	$34,700
ARL SURA	14-11	890,903,790	5	1	$34,700	$0	$0	$34,700
EPS (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$178,000	$0	$0	$178,000
SALUD TOTAL	EPS002	800,130,907	4	1	$178,000	$0	$0	$178,000
TOTAL				1	$440,500	$0	$0	$440,500

Bancolombia

Comprobante en línea

12 Nov 2025 15:22:01

Pago PSE

Pago exitoso

CUS 1923950709

Comercio
APORTES EN LINEA

Referencia 1
191.95.53.179

Fecha
12 Nov 2025 15:22:01

Referencia 2
CC

Número de factura
9494058749

Referencia 3
1022931281

Descripción del pago
Pago de la Planilla de aportes con clave: 9494058749

Valor del Pago
$440.500

Número de comprobante
TR1520490709

Costo de la transacción
$ 0

Producto origen
Ahorros - Bancolombia
****** 2131**

VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA

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 6557 2025 CUENTA DE COBRO OCTUBRE 2025.pdf	PS 6557 2025 CUENTA DE COBRO OCTUBRE 2025.pdf	Proveedor	Descargar	Detalle
☐	PS 6557 2025 CUENTA DE COBRO ADICIONALES OCTUBRE 2025.pdf	PS 6557 2025 CUENTA DE COBRO ADICIONALES OCTUBRE 2025.pdf	Proveedor	Descargar	Detalle
☐	PS 6557 2025 CUENTA DE COBRO NOVIEMBRE 2025.pdf	PS 6557 2025 CUENTA DE COBRO NOVIEMBRE 2025.pdf	Proveedor	Descargar	Detalle

Borrar Cargar nuevo

Cancelar

< Evaluación de la Entidad Estatal >