

DATOS DEL CONTRATISTA

FECHA DE DILIGENCIAMIENTO: (31-01-2026)

NOMBRES Y APELLIDOS:	MARIA FERNANDA AVILA VELANDIA	CC:	1026599590		
CORREO ELECTRÓNICO:	FERNANDAVV1999@GMAIL.COM	TELÉFONO:	3022946998		
DIRECCIÓN DOMICILIO:	KR 13A ESTE 49-93	CIUDAD:	BOGOTA		
BANCO AL CUAL CONSIGNAR:	BANCO DAVIVIENDA S.A.	TIPO DE CUENTA:	AHORROS	N° CUENTA:	488429513176

DATOS DEL CONTRATO O ADICION Y PERIODO OBJETO DE PAGO

N° DEL CONTRATO:	PS 7714 2025	VALOR CORRESPONDIENTE AL PERIODO OBJETO DE COBRO	\$ 3.143.560
FECHA DE INICIO CONTRATO	2025/10/17	FECHA DE TERMINACIÓN CONTRATO:	2026/01/31
PERIODO OBJETO DE COBRO:	DEL 2026/01/01 AL 2026/01/31		



MARIA FERNANDA AVILA VELANDIA
PS_7714_2025_5A51A9

NOMBRE Y FIRMA DEL CONTRATISTA:

MARIA FERNANDA AVILA VELANDIA

CC: 1026599590

CEL: 3022946998

CELEBRADO ENTRE LA SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E Y

MARIA FERNANDA AVILA VELANDIA

CON C.C N° 1.026.599.590

OBJETO DEL CONTRATO:	PRESTAR SERVICIOS DE APOYO A LA GESTION COMO TECN?LOGO PARA DESARROLLAR ACTIVIDADES EN LA DIRECCION DE GESTION INTEGRAL DEL RIESGO EN SALUD DE LA SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E
-----------------------------	---

CONTRATO DE PRESTACION DE SERVICIOS PROFESIONALES No.	PS 7714 2025	FECHA INICIO CONTRATO	2025/10/17
--	---------------------	------------------------------	-------------------

VALOR INICIAL DEL CONTRATO	\$ 1.571.780	No. HORAS EJECUTADAS	0
-----------------------------------	--------------	-----------------------------	----------

VALOR TOTAL DEL CONTRATO INCLUIDO ADICIONES:	\$ 14.146.020	VALOR DE HONORARIOS PERÍODO A CERTIFICAR:	\$ 3.143.560
---	---------------	--	--------------

PLAZO DEL CONTRATO INCLUYENDO PRORROGAS	CUATRO (4) MESES
--	------------------

UNIDAD FUNCIONAL DE EJECUCIÓN DE ACTIVIDADES:	CENTRO DE SALUD PRIMERO DE MAYO
--	---------------------------------

NOMBRE DEL SUPERVISOR:	ANA MARGARET RABA SIERRA
-------------------------------	--------------------------

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 PRESTAR SUS SERVICIOS CON CALIDAD Y OPORTUNIDAD PARA EL DESARROLLO DE LAS ACTIVIDADES DEL CONVENIO MÁS BIENESTAR EQUIPOS BÁSICOS EXTRAMURALES.
1.1 Actividad: Ejecuté las acciones asignadas en campo y en sede, siguiendo los lineamientos técnicos.
1.2 Producto: Registro consolidado de actividades ejecutadas con indicadores de cumplimiento. |
| 2 | 2 PRESENTAR MENSUALMENTE EL CRONOGRAMA DE ACTIVIDADES Y ENTREGAR INFORME DE EJECUCIÓN.
2.1 Actividad: Elaboré el cronograma mensual y recogí la información para el informe final.
2.2 Producto: Cronograma mensual radicado y reporte de actividades desarrolladas. |
| 3 | 3 APOYAR LA PRESTACIÓN DE SERVICIOS DEL CONVENIO ENTREGANDO INFORMACIÓN Y SOPORTES REQUERIDOS.
3.1 Actividad: Recolecté y organicé los soportes según los anexos y lineamientos del convenio.
3.2 Producto: Carpeta de soportes documentales entregada y verificada. |
| 4 | 4 APOYAR LAS ACTIVIDADES DE MEJORAMIENTO CONTINUO, HABILITACIÓN Y ACREDITACIÓN.
4.1 Actividad: Participé en los procesos de revisión y ajuste de los estándares de calidad.
4.2 Producto: Informe de ajustes y aportes realizados al plan de mejoramiento. |
| 5 | 5 REALIZAR APROPIACIÓN CONCEPTUAL SEGÚN SU PERFIL SOBRE LOS ANEXOS Y LINEAMIENTOS DEL CONVENIO.
5.1 Actividad: Asistí a capacitaciones y realicé la lectura técnica de los lineamientos.
5.2 Producto: Certificación o evidencia de apropiación conceptual (formatos, constancias). |
| 6 | 6 SUPERVISAR PROCESOS DE ASISTENCIA TÉCNICA DE LOS EQUIPOS BÁSICOS EXTRAMURALES (HOGAR).
6.1 Actividad: Realicé seguimiento a los procesos y verifiqué el cumplimiento disciplinar.
6.2 Producto: Reporte de supervisión con hallazgos y recomendaciones. |
| 7 | 7 MANEJAR Y ASIGNAR LOS VEHÍCULOS DESTINADOS A LOS PROFESIONALES GARANTIZANDO SU BUEN USO.
7.1 Actividad: Controlé las bitácoras de uso y revisé las condiciones del vehículo.
7.2 Producto: Registro de asignación y uso adecuado del vehículo. |
| 8 | 8 PARTICIPAR Y GESTIONAR LOS ESPACIOS PARA REUNIONES DE LOS EQUIPOS.
8.1 Actividad: Coordiné fechas, logística y comunicación para las reuniones internas.
8.2 Producto: Acta de reunión con lista de asistencia y conclusiones. |
| 9 | 9 REALIZAR ENTREGA DE PAPELERÍA E INSUMOS VELANDO POR SU MANTENIMIENTO Y USO APROPIADO.
9.1 Actividad: Organicé el inventario y distribuí los insumos según el requerimiento.
9.2 Producto: Actas de entrega firmadas y actualizadas. |
| 10 | 10 PARTICIPAR EN ASISTENCIAS TÉCNICAS CONVOCADAS POR LA SDS SEGÚN PROCESOS ASIGNADOS.
10.1 Actividad: Asistí a las sesiones técnicas y ejecuté las acciones requeridas.
10.2 Producto: Evidencias de participación y reporte de compromisos cumplidos. |
| 11 | 11 ORGANIZAR EL ARCHIVO DOCUMENTAL SEGÚN NORMATIVIDAD Y TABLAS DE RETENCIÓN.
11.1 Actividad: Clasifiqué, ordené y digitalicé los documentos generados.
11.2 Producto: Archivo físico y digital organizado conforme a la normativa. |
| 12 | 12 REALIZAR DEMÁS OBLIGACIONES RELACIONADAS CON EL OBJETO CONTRACTUAL SEGÚN SUPERVISIÓN.
12.1 Actividad: Ejecuté las tareas adicionales asignadas por la supervisión.
12.2 Producto: Registro de cumplimiento de actividades extraordinarias. |

13 REALIZAR INVENTARIO SEMANAL DE EQUIPOS BIOMÉDICOS Y DILIGENCIAR ACTAS DE ENTREGA Y REVISIÓN.
 13.1 Actividad: Inspeccioné el estado de los equipos biomédicos y registré las novedades.
 13.2 Producto: Informe semanal de inventario y actas de revisión.

14 ADMINISTRAR LA MATERIA PRIMA ENTREGADA A LOS EBEH.
 14.1 Actividad: Controlé la recepción, el uso y el almacenamiento de la materia prima.
 14.2 Producto: Informe de administración de material e inventario actualizado.

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 (2026-01-01) AL (2026-01-31)

IV. INFORMACIÓN DE APORTES A SEGURIDAD SOCIAL

No. DE PLANILLA:	N° 511151	OPERADOR:	MI PLANILLA
CONCEPTO DEL PAGO	ENTIDAD	FECHA DE PAGO	VALOR PAGADO
SALUD:	FAMISANAR	2026/01/05	\$ 178.000
PENSIÓN:	PORVENIR	2026/01/05	\$ 227.800
RIESGOS LABORALES:	POSITIVA	2026/01/05	\$ 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 ningún caso el IBC sea menor a 1 SMMLV (de ser el primer pago adjunto certificaciones de afiliacion a eps, arl, pensión, 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


 MARIA FERNANDA AVILA VELANDIA
 PS_7714_2025_5A51A9

MARIA FERNANDA AVILA VELANDIA
CC: 1026599590

FIRMA DE QUIEN VALIDA


 SANDRA YANNETH CONTRERAS PEÑALOSA
 PS_7714_2025_5A51A9

SANDRA YANNETH CONTRERAS PEÑALOSA
SUPERVISOR ALTERNO



ANA MARGARET RABA SIERRA

PS_7714_2025_5A51A9

ANA MARGARET RABA SIERRA
SUPERVISOR DEL CONTRATO

**FIRMA DE QUIEN CONVALIDA EL CUMPLIMIENTO DE LAS
OBLIGACIONES PARA EL PRESENTE PERIODO DE PAGO**

DATOS DEL APORTANTE						EXONERADO PAGO PARAFISCALES Y SALUD	
TIPO	NÚMERO	NOMBRE APORTANTE		DIRECCIÓN	TELÉFONO		CORREO
CC	1026599590	MARIA FERNANDA AVILA VELANDIA		CRA 13 A ESTE #49-93	7786494		FERNANDAVV1999@GMAIL.COM
FORMA PRESENTACIÓN	CLASE APORTANTE	NOMBRE SUCURSAL	CÓDIGO	DEPARTAMENTO	CIUDAD / MUNICIPIO		
ÚNICA	I - Independiente			CUNDINAMARCA	SOACHA		

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	
2025-12	2025-12	I	05/01/2026	511151	\$449.100	

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					
EPS017	Famisanar EPS	830003564-7	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
230301	Porvenir	800224808-8	227.800	0	0	0	0	0	0	0	227.800	1

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										
14-23	Positiva Seguros	860011153-6	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
CCF21	Cafam	860013570-3	8.600	0	0	8.600	1

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	1	227.800	227.800
Riesgos Laborales	1	34.700	34.700
CCF	1	8.600	8.600
ESAP	0	0	0
ICBF	0	0	0
MEN	0	0	0
SENA	0	0	0
TOTALES	4	449.100	449.100

DATOS DEL APORTANTE						
TIPO	NÚMERO	NOMBRE APORTANTE		DIRECCIÓN	TELÉFONO	CORREO
CC	1026599590	MARIA FERNANDA AVILA VELANDIA		CRA 13 A ESTE #49-93	7786494	FERNANDAVV1999@GMAIL.COM
FORMA PRESENTACIÓN	CLASE APORTANTE	NOMBRE SUCURSAL	CÓDIGO	DEPARTAMENTO	CIUDAD / MUNICIPIO	
ÚNICA	I – Independiente			CUNDINAMARCA	SOACHA	
						EXONERADO PAGO PARAFISCALES Y SALUD
						NO

DATOS DE LA PLANILLA							
PLANILLA ASOCIADA	FECHA PAGO ASOCIADA (DIA/MES/AÑO)	TIPO PLANILLA	FECHA PAGO (DIA/MES/AÑO)	NÚMERO PLANILLA	CANTIDAD		
					EMPLADOS	UPC	
					1	0	
PERIODO SALUD	PERIODO PENSIONES					TOTAL A PAGAR	
2025-12	2025-12	1	05/01/2026	511151	\$449.100		

DETALLE POR COTIZANTE


INFORMACIÓN COTIZANTE				INFORMACIÓN NOVEDADES														PENSIÓN				SALUD			RIESGOS LABORALES			CCF			PARAFISCALES															
No.	Tipo	No. de identificación	Apellidos y Nombres	Cotizante	Subjeto	Exonerado	Com. exonerado	Exonerado	ING	RET	TDE	TAE	TDP	TAP	VSP	VBT	SILN	ISE	MA	MA	ASP	VCT	IRL	CORRECCIÓN	Cód. AFP	IBC AFP	Cotización	Voluntari o 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	1026599590	AVILA VELANDIA MARIA FERNANDA	59	0			N																	230301	1.423.500	227.800	0	0	0	0	EPS017	1.423.500	178.000	14-23	1.423.500	3	34.700	CCF21	1.423.500	8.600	0	0	0	0	0

PAGADA



¡Hola, Maria Fernanda Avila!

Estado de la Transacción:

Aprobada 

Los siguientes son los datos de tu transacción:

Valor: \$ 449.100

Empresa: COMPENSAR-OI

Descripción: MiPlanilla.com Pago Proteccion Social

Fecha de la transacción: 05/01/2026

CUS: 2060735958

Gracias por utilizar nuestro servicio.



Buscar...

- 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](#)

Datos guardados

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	
<input type="checkbox"/> PS_7714_2025_CUENTA_DE_COBRO_OCTUBRE_2025.pdf	PS_7714_2025_CUENTA_DE_COBRO_OCTUBRE_2025.pdf	Proveedor	Descargar Detalle
<input type="checkbox"/> PS_7714_2025_CUENTA_DE_COBRO_NOVIEMBRE.pdf	PS_7714_2025_CUENTA_DE_COBRO_NOVIEMBRE.pdf	Proveedor	Descargar Detalle
<input type="checkbox"/> PS_7714_2025_CUENTA_DE_COBRO_DICIEMBRE.pdf	PS_7714_2025_CUENTA_DE_COBRO_DICIEMBRE.pdf	Proveedor	Descargar Detalle

Borrar Cargar nuevo

Cancelar



Evaluación de la Entidad Estatal

