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: (31-01-2026)					
NOMBRES Y APELLIDOS:	**MARIA TERESA AVELLANEDA MARTINEZ**			**CC:**	**1033710437**
CORREO ELECTRÓNICO:	**MAITEAVELLANEDAMARTINEZ@GMAIL.COM**			**TELÉFONO:**	**3016703499**
DIRECCIÓN DOMICILIO:	**CL 59 B SUR 22 B 39 C3**			**CIUDAD:**	**BOGOTA**
BANCO AL CUAL CONSIGNAR:	**BANCO DAVIVIENDA S.A.**	**TIPO DE CUENTA:**	**AHORROS**	**N° CUENTA:**	**008400707397**
DATOS DEL CONTRATO O ADICION Y PERIODO OBJETO DE PAGO					
Nº DEL CONTRATO:	**PS 1491 2025**	**VALOR CORRESPONDIENTE AL PERIODO OBJETO DE COBRO**			**$ 2.100.000**
FECHA DE INICIO CONTRATO	**2025/01/01**	**FECHA DE TERMINACIÓN CONTRATO:**			**2026/01/31**
PERIODO OBJETO DE COBRO:	**DEL 2026/01/01 AL 2026/01/31**				

MARIA TERESA AVELLANEDA MARTINEZ
PS_1491_2025_10C05E

NOMBRE Y FIRMA DEL CONTRATISTA:
MARIA TERESA AVELLANEDA MARTINEZ
CC: 1033710437
CEL: 3016703499

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			
MARIA TERESA AVELLANEDA MARTINEZ			
	CON C.C N°	**1.033.710.437**	
OBJETO DEL CONTRATO:	PRESTAR SERVICIOS COMO BACHILLER PARA DESARROLLAR ACTIVIDADES EN LA OFICINA DE PARTICIPACION COMUNITARIA Y SERVICIO AL CIUDADANO DE LA SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E.		
CONTRATO DE PRESTACION DE SERVICIOS PROFESIONALES No.	**PS 1491 2025**	**FECHA INICIO CONTRATO**	**2025/01/01**
VALOR INICIAL DEL CONTRATO	$ 5.927.856	**No. HORAS EJECUTADAS**	**0**
VALOR TOTAL DEL CONTRATO INCLUIDO ADICIONES:	$ 29.251.142	**VALOR DE HONORARIOS PERÍODO A CERTIFICAR:**	$ 2.100.000
PLAZO DEL CONTRATO INCLUYENDO PRORROGAS	TRECE (13) MESES		
UNIDAD FUNCIONAL DE EJECUCIÓN DE ACTIVIDADES:	SEDE ADMINISTRATIVA SAN JOSE OBRERO		
NOMBRE DEL SUPERVISOR:	ZULMA JANNETH LÓPEZ CUBIDES		

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	Se hace apoyo en la radicación y actualización de datos de peticionarios en Dinámica Gerencial, Agilsalud y el BTE de acuerdo a los datos recepcionados por los PQRS de Usuarios Identificados y Anónimos con correo para que las respuestas lleguen efectivamente. *Radicación y actualización de datos en Dinámica Gerencial, Agilsalud y el BTE de acuerdo a demanda diaria. (53 radicados)
2	Se hizo seguimiento y se realizó el Cierre Definitivo de respuestas de los diferentes PQRS en el Sistema Distrital para la Gestión de Peticiones Ciudadanas "Bogotá te Escucha" de los respectivos servicios a mi cargo: SSS -GESTION DOCUMENTAL, CORPORATIVO, ADMINISTRATIVA, FINANCIERA, TICS, COMUNICACIONES, GERENCIA Y PARTICIPACION COMUNITARIA Y SERVICIO AL CIUDADANO; también se hizo seguimiento a las Respuestas con Cierre Definitivo a las áreas de CONTRATACION y TALENTO HUMANO en sus respectivos usuarios del BTE. Se hizo seguimiento a las Quejas (Usuario a Usuario), de igual manera se hicieron traslados por el SDGPC a las respectivas entidades con su respectivo oficio informado al usuario; y se hicieron oficios con respuesta traslado a las EPS y copia de respuesta a funcionarios de Quejas (Funcionario a Usuario). Se realizaron solicitudes de Ampliación y/o Aclaración con su respectivo tramite de Resolución con VB de Jurídica y firma de Gerencia y cargue en el BTE. * Reporte de requerimientos vencidos, próximos a vencer y oportunos por medio de Correo electrónico y mensajes de WhatsApp enviados diariamente a los diferentes funcionarios/áreas encargadas de emitir respuestas a los PQRS. (diario, cierre 95 respuetas, seguimiento 9 respuestas) * Reporte de requerimientos vencidos por medio de Grupo de PQRS en WhatsApp cuando sea necesario. (diario) *Borradores para radicación de respuestas en Agilsalud. (6 borradores)
3	Se hace apoyo cuando se requiera en la organizaron de los respectivos oficios (Actas de Apertura de Buzón y PQRS) en sus respectivas carpetas. Archivo en su respectivo orden . *Actas y requerimientos en su respectivo orden en carpetas. (Se realizo apoyo en la organizacion, foleacion,marcacion de carpetas y cajas 2019 y 2023, para entrega a Gestion Documental)
4	Se llenan Matrices con los respectivos datos de PQRS. *Registro en las diferentes Matrices de PQRS (Matriz PQRS 2025, Matriz respuestas pendientes 2025, Matriz quejas F-U, traslados y ampliaciones- desistimientos y Matriz oportunidad diaria). (130 seguimientos)
5	Asistir al espacio programado por el área, NO se realizó curso ni capacitación. *Firma de Acta y/o Listado de Asistencia a Reunión; certificación de Curso y/o capacitación.
6	Se hace apoyo cuando se requiera en contestar las línea Telefónicas y WhatsApp (Interna y Externa) de la Oficina de PQRS, brindando la información que sea requerida: de igual manera se hacen llamadas para confirmar y/o actualizar datos de los peticionarios confirmando Dirección y/o Correo Electrónico para entrega efectiva de respuesta. *Llamadas telefónicas, envios de respuestas a Whatsapp. (16 confirmaciones de canal de respuesta)
7	Se llenan Matrices con los respectivos datos de PQRS. *Registro en las diferentes Matrices de PQRS (Matriz PQRS 2025, Matriz respuestas pendientes 2025, Matriz quejas F-U, traslados y ampliaciones- desistimientos y Matriz oportunidad diaria). (130 seguimientos)

8	Se llenan Matrices con los respectivos datos de PQRS.Registro en las diferentes Matrices de PQRS (Matriz PQRS 2025, Matriz respuestas pendientes 2025, Matriz quejas F-U, traslados y ampliaciones- desistimientos y Matriz oportunidad diaria). (130 seguimientos)
9	Actualizaciones manuales, procedimientos, instructivos y formatos de PQRS para dar cumplimiento en observaciones realizadas en auditorias y demás entes de control. *No se realizó actualización al Manual y formatos de PQRSD-F en este periodo.
10	Participar al espacio programado por la oficina. *Firma de Acta y/o Listado de Asistencia a Reunión que se realiza una vez al mes.
11	Apoyo a las demás áreas de la Oficina (Participación Social, Orientación, Oficina de Enlaces, Oficina de Satisfacción, Ruta de la Salud y/o Trabajo social). *En este periodo no se hizo apoyo a estas áreas.
12	Se mantiene reserva y confidencialidad de datos, cumpliendo con uno de los Derechos de los Usuarios de la SCO (Ley 1581 de 2012). *Reserva y confidencialidad de datos de acuerdo a normatividad.
13	Se cumplió con las actividades nombradas anteriormente (oportunidad de respuesta de PQRS). * Reporte de requerimientos vencidos, próximos a vencer y oportunos por medio de Correo electrónico y mensajes de WhatsApp enviados diariamente a los diferentes funcionarios/áreas encargadas de emitir respuestas a los PQRS. (diario, cierre 95 respuetas, seguimiento 9 respuestas) * Reporte de requerimientos vencidos por medio de Grupo de PQRS en WhatsApp cuando sea necesario. (diario)
14	Se cumplió con esta estrategia dentro de la institución. *Conservar y dar buen uso de los elementos entregados por la entidad, de igual manera portar el carné institucional dentro de todas las sedes de la entidad y los demás espacios donde se requiera.
15	Verificación de respuestas inoportunas de los PQRS reportados a la SDS, Alcaldía y demás entidades e informar a las áreas correspondientes para que elaboren sus respectivos planes de mejora. Apoyo en usuario Administrador 2 en el BTE. Apoyo en la realización de Mesas de Ayuda de la Oficina. Soporte en acciones extras en usuario radicador de Agilsalud. Acompañamiento a reuniones citadas por los diferentes entes de control sobre temas referentes a las PQRS. Apoyo en actividades de funcionarios de la oficina y /o capacitación/inducción sobre Proceso de PQRS a los diferentes colaboradores/funcionarios "nuevos" en el área. Se hizo radicación PQC de contingencia de Agilsalud(2,5 y 6 Enero 2026) * Informar a las áreas correspondientes para que elaboren sus respectivos planes de mejora cuando lleguen los diferentes informes de gestión mensual. *Envío de mesas de ayuda al correo soportepeticiones@alcaldiabogota.gov.co, creación e inactivación de usuarios en el BTE, desbloqueo de peticiones de la SCO cuando se requiera en el sistema. * Mesas de ayuda en Aplicativo. * Firma de Acta y/o Listado de Asistencia a Reuniones (Presenciales y/o Virtuales). *Realizar Apoyo en actividades de las funcionarias Johanna Quintero y Freddy Rodríguez; seguimiento, tramite y/o Cierre Definitivo de respuestas de los diferentes PQRS en el Sistema Distrital para la Gestión de Peticiones Ciudadanas "Bogotá te escucha" de los respectivos servicios a su cargo (FELICITACIONES "INTERNA Y EXTERNA" CON CONFIRMACION DE CANAL DE ENVIO DE RESPUESTA, AMBULATORIOS, HOSPITALIZACION, URGENCIAS; GESTION DEL RIESGO, COMPLEMENTARIOS, JURIDICA, DESARROLLO INSTITUCIONAL, GESTION DEL CONOCIIMIENTO); apoyo en llenar datos finales en matriz para oportunidad en estos servicios; apoyo en verificación y tramite a las respuesta de PQ con devolución. (13 borradores y envio de correos) *Se radico con consecutivos manuales PQC de acuerdo con el COMUNICADO INTERNO No. 001 y se hizo envío de cada radicado por del correo electrónico institucional a los directivos y apoyos de cada área. (16 radicados)

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° 92639014	OPERADOR:	MI PLANILLA

CONCEPTO DEL PAGO	ENTIDAD	FECHA DE PAGO	VALOR PAGADO
SALUD:	COMPENSAR	2026/01/13	$ 178.000
PENSIÓN:	PORVENIR	2026/01/13	$ 227.800
RIESGOS LABORALES:	SEGUROS BOLIVAR	2026/01/13	$ 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	*MARIA TERESA AVELLANEDA MARTINEZ* *PS_1491_2025_10C05E* **MARIA TERESA AVELLANEDA MARTINEZ** **CC: 1033710437**
FIRMA DE QUIEN VALIDA	*LUZ ESTELA GONZALEZ PENAGOS* *PS_1491_2025_10C05E* **LUZ ESTELA GONZALEZ PENAGOS** **SUPERVISOR ALTERNO**
FIRMA DE QUIEN CONVALIDA EL CUMPLIMIENTO DE LAS OBLIGACIONES PARA EL PRESENTE PERIODO DE PAGO	*ZULMA JANNETH LÓPEZ CUBIDES* *PS_1491_2025_10C05E* **ZULMA JANNETH LÓPEZ CUBIDES** **SUPERVISOR DEL CONTRATO**

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	1033710437	MARIA TERESA AVELLANEDA MARTINEZ	CL 59 B BIS SUR 22 B 39 CS 3	6613207	mayteavellanedamartinez@gmail.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)	NÚMERO PLANILLA	FECHA PAGO (DIA/MES/AÑO)	CANTIDAD EMPLEADOS	CANTIDAD UPC
		43089704	10/02/2026	1	0
PERIODO SALUD	PERIODO PENSIÓN	TIPO PLANILLA	TOTAL NÓMINA	TOTAL A PAGAR	
2026-01	2026-01	I	$1,750,905	$576.900	

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					
EPS008	Compensar EPS	860066942-7	218.900	0		0		0	0	0	0	218.900	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	280.200	0	0	0	0	0	0		280.200	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										
14-7	Seguros Bolivar S.A.	860002503-2	42.700				42.700	0	0	42.700			427	42.700	1

TOTALES CAJAS

Código CCF	Nombre	NIT	Valor Aporte	Días Mora	Valor Mora Aporte	Total a Pagar	No. Afiliados
CCF24	Compensar Caja	860066942-7	35.100	0	0	35.100	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	218.900	218.900
Pensión	1	280.200	280.200
Riesgos Laborales	1	42.700	42.700
CCF	1	35.100	35.100
ESAP	0	0	0
ICBF	0	0	0
MEN	0	0	0
SENA	0	0	0
TOTALES	4	576.900	576.900

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	EXONERADO PAGO PARAFISCALES Y SALUD
CC	1033710437	MARIA TERESA AVELLANEDA MARTINEZ	CL 59 B BIS SUR 22 B 39 CS 3	6613207	mayteavellanedamartinez@gmail.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)	NÚMERO PLANILLA	FECHA PAGO (DIA/MES/AÑO)	CANTIDAD EMPLEADOS	CANTIDAD UPC
		43089704	10/02/2026	1	0
PERIODO SALUD	PERIODO PENSIÓN	TIPO PLANILLA	TOTAL NÓMINA	TOTAL A PAGAR	
2026-01	2026-01	I	$1,750,905	$576.900	

DETALLE POR COTIZANTE

INFORMACIÓN COTIZANTE								INFORMACIÓN NOVEDADES																		PENSIÓN								SALUD				RIESGOS LABORALES					CCF				PARAFISCALES				
No.	Tipo y Número de Identificación	Apellidos y Nombres	Cotizante	Subtipo	Extranjero	Colom. exterior	Exonerado	ING	RET	TDE	TAE	TDP	TAP	VSP	VST	SLN	IGE	LMA	VAC	AVP	VCT	IRL	CORRECCIÓN	Cód. AFP	IBC AFP	Días	Cotización	Voluntario Afiliado	Voluntario Aportante	Fondo pensional de solidaridad	Fondo pensional de subsistencia	Cód. EPS	IBC EPS	Días	Cotización / Valor UPC	Cód. ARL	IBC ARL	Días	Clase de Riesgo	Cotización	Código CCF	IBC CCF	Días	Aporte CCF	IBC otros parafiscales	Aporte SENA	Aporte ICBF	Aporte ESAP	Aporte MEN
1	CC 1033710437	AVELLANEDA MARTINEZ MARIA TERESA	59	0			N																	230301	1.750.905	30	280.200	0	0	0	0	EPS008	1.750.905	30	218.900	14-7	1.750.905	30	3	42.700	CCF24	1.750.905	30	35.100	0	0	0	0	0

PAGADA

Este documento está clasificado como PRIVADO por parte de Compensar Operador de Información