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: (31-03-2026)					
NOMBRES Y APELLIDOS:	**MARIBEL OYOLA**			**CC:**	**52457687**
CORREO ELECTRÓNICO:	**maribeloyola23@gmail.com**			**TELÉFONO:**	**3232357949**
DIRECCIÓN DOMICILIO:	**KR 4 D 52 99 SUR**			**CIUDAD:**	**BOGOTA**
BANCO AL CUAL CONSIGNAR:	**BBVA COLOMBIA**	**TIPO DE CUENTA:**	**AHORROS**	**N° CUENTA:**	**552168197**
DATOS DEL CONTRATO O ADICION Y PERIODO OBJETO DE PAGO					
Nº DEL CONTRATO:	**PS 7069 2025**	**VALOR CORRESPONDIENTE AL PERIODO OBJETO DE COBRO**			**$ 2.980.800**
FECHA DE INICIO CONTRATO	**2025/10/01**	**FECHA DE TERMINACIÓN CONTRATO:**			**2026/05/31**
PERIODO OBJETO DE COBRO:	**DEL 2026/03/01 AL 2026/03/31**				

MARIBEL OYOLA
PS_7069_2025_54EA10

NOMBRE Y FIRMA DEL CONTRATISTA:
MARIBEL OYOLA
CC: 52457687
CEL: 3232357949

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			
MARIBEL OYOLA			
CON C.C N°	**52.457.687**		
OBJETO DEL CONTRATO:	PRESTAR SERVICIOS DE APOYO A LA GESTI?N COMO TECNICO AUXILIAR DE 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 7069 2025**	**FECHA INICIO CONTRATO**	**2025/10/01**
VALOR INICIAL DEL CONTRATO	$ 2.980.800	**No. HORAS EJECUTADAS**	**184**
VALOR TOTAL DEL CONTRATO INCLUIDO ADICIONES:	$ 26.827.200	**VALOR DE HONORARIOS PERÍODO A CERTIFICAR:**	$ 2.980.800
PLAZO DEL CONTRATO INCLUYENDO PRORROGAS	OCHO (8) MESES		
UNIDAD FUNCIONAL DE EJECUCIÓN DE ACTIVIDADES:	SEDE ADMINISTRATIVA SAN JOSE OBRERO		
NOMBRE DEL SUPERVISOR:	LUZ ADRIANA CASTAÑEDA MONTEALEGRE		

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 1: 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: Realiza seguimiento a la población susceptible objeto del Programa ampliado de inmunizaciones, garantizando la calidad y oportunidad en la atención, aplicando los lineamientos del programa y los instructivos establecidos en la caja de herramientas. Diligencia los formatos sin enmendaduras ni tachones, asegurando información completa, clara y congruente. Garantiza la cadena de frío, la custodia de los inmunobiológicos y de los dispositivos médicos, y vacuna la población susceptible según el PAI e inicia las actividades de acuerdo con la programación establecida. 1.2Productos (evidencias): Registro en el módulo de la cohorte o base según actividad asignada.
2	Obligación 2: Presentar mensualmente el cronograma de actividades a desarrollar. 2.1 Actividades desarrolladas: Elabora el cronograma mensual conforme a la planeación del programa, asegurando el inicio oportuno de las actividades. 2.2Productos (evidencias): Cronograma de actividades actualizado en Drive, con reporte de resultados diarios.
3	Obligación 3: 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. 3.1Actividades desarrolladas: Ejecuta las tácticas de vacunación extramural garantizando la aplicación oportuna de los biológicos y la atención segura a la población. Cumple los lineamientos del PAI y los instructivos de los formatos de la caja de herramientas, diligencia los formatos sin tachones ni enmendaduras, y asegura la cadena de frío y custodia de los inmunobiológicos, política de frasco abierto. 3.2Productos (evidencias): Según programación; Registro diario pediátrico y adulto, encuesta previa de fiebre amarilla,kardex de control de inmunobiológicos, dispositivos médicos e insumos. Formato IEC-Autorización de cuidadores para niños menores de 14 años (en caso que no estén los papa en la jornada), formato censo casa a casa. Seguimiento a la cohorte en el aplicativo distrital o base asignada.
4	Obligación 4: 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. 4.1Actividades desarrolladas: Da cumplimiento a las actividades establecidas según planes de mejora. Desarrolla las acciones de manera oportuna y bajo los protocolos establecidos. cumple con la correcta disposición de residuos, técnica aséptica, presentación personal, cumple con la vacunación segura sin barreras, realiza demanda inducida. 4.2Productos (evidencias): calidad del dato y seguimiento a la población susceptible en el módulo de cohortes. Actas o listas de chequeo.
5	Obligación 5: Realizar apropiación conceptual desde su perfil con los anexos y lineamientos técnicos del convenio PSPIC vigente y suscrito entre el FDS y la Subred. 5.1Actividades desarrolladas: Aplica los conocimientos técnicos de auxiliar de enfermería y los lineamientos del programa, los correctos de administración de medicamentos, apropiándose de los instructivos de la caja de herramientas, esquema nacional de vacunación vigente. Diligencia registros con información veraz y coherente, sin enmendaduras ni tachones, y garantiza la conservación y custodia adecuada de los biológicos y dispositivos médicos. 5.2Productos (evidencias): Según programación; Registro diario pediátrico y adulto, encuesta previa de fiebre amarilla, kardex de control de inmunobiológicos, dispositivos médicos e insumos. Formato IEC- Autorización de cuidadores para niños menores de 14 años (en caso que no estén los papa en la jornada), formato censo casa a casa. Seguimiento en el modulo de la cohorte.
6	Obligación 6:. Cumplir con la meta, actividades y/o productos programados y asignados con la calidad del dato requerida (oportunidad, consistencia, exactitud) desde su perfil técnico y conforme a los anexo s y lineamientos técnicos del convenio Interadministrativo PSPIC 6.1Actividades desarrolladas: cumple con la meta diariamente según la tàctica de vacunaciòn o cohorte asignada, garantizando la vacunaciòn a poblaciòn susceptible, niños, adultos con diagnostico de riesgo, talento humano en salud, gestantes y adultos mayores, según poblaciòn objeto de PAI. 6.2Productos (evidencias):Cronograma de actividades actualizado en Drive, con reporte de resultados diarios.

7	Obligación 7: Realizar con calidad y oportunidad los procesos de captura del dato, revisión 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 técnicos de los entornos y procesos transversales del convenio Interadministrativo PSPIC. 7.1Actividades desarrolladas: Revisa los formatos diligenciados verificando que la información esté completa, clara, congruente y entrega a las profesionales extramurales. Realiza el seguimiento a la cohorte en el módulo de la cohorte, la información registrada debe ser congruente, completa y veraz. Aplica los lineamientos según formatos de la caja de herramientas, mantiene la cadena de frío de los inmunobiológicos y asegura la custodia de los dispositivos médicos durante el desarrollo de las actividades. 7.2Productos (evidencias): seguimiento a la cohorte en el aplicativo con calidad. Usuarios registrados en el módulo de la Cohorte.
8	Obligación 8: Dar cumplimiento a las actividades de los procesos TRANSVERSALES del PSPIC, de acuerdo a su competencia: CANALIZACIONES, PAI, Educación para la Salud Publica, GESI, ACCVSyE, Notificación de EISP y Participación Social. 8.1Actividades desarrolladas: Realiza minimo 4 canalizaciones al mes activando las rutas intregrales de atencion en salud. 8.2Productos (evidencias):Envio de las 4 canalizaciones mensuales a correo recepcion1rutaspic@subredcentrooriente.gov.co localidades candelaria santa fe y candelaria recepcion2rutaspic@subredcentrooriente.gov.co localidades san cristobal y martires recepcion3rutaspic@subredcentrooriente.gov.co localidades rafael uribe y antonio nariño con copia a correo de Profesionales Extramurales.
9	Obligación 9. 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 procedimiento administrativo sancionatorio de incumplimiento contractual. 9.1Actividades desarrolladas: Realiza las correcciones necesarias conforme a los lineamientos y formatos de la caja de herramientas. Diligencia la información sin tachones ni enmendaduras, y garantiza la veracidad y congruencia de los datos, así como la custodia de los biológicos. Diariamente genera el producto con calidad con el fin de evitar glosas. 9.2Productos (evidencias):Entrega a las profesionales Extramurales la base y registro en el módulo de la cohorte con calidad.
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. 10.1Actividades desarrolladas: Cumple con las demás actividades asignadas por profesionales extramurales, lideres de localidad y coordinación del programa, asegurando el cumplimiento de los lineamientos técnicos, la custodia de los biológicos y la cadena de frío. Diligencia los registros según los instructivos de la caja de herramientas, sin enmendaduras ni tachones, y garantiza la vacunación oportuna de la población susceptible. 10.2Productos (evidencias):formato de seguimiento a la cohorte.

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 (2026-03-01) AL (2026-03-31)

IV. INFORMACIÓN DE APORTES A SEGURIDAD SOCIAL

No. DE PLANILLA:	N° 9500789248	OPERADOR:	APORTES EN LINEA

CONCEPTO DEL PAGO	ENTIDAD	FECHA DE PAGO	VALOR PAGADO
SALUD:	SANITAS	2026/03/11	$ 218.900
PENSIÓN:	PROTECCION	2026/03/11	$ 280.200
RIESGOS LABORALES:	SEGUROS BOLIVAR	2026/03/11	$ 42.700
OTRO			
TOTAL PAGADO			$ 541.800

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	*MARIBEL OYOLA* *PS_7069_2025_54EA10* **MARIBEL OYOLA** **CC: 52457687**
FIRMA DE QUIEN VALIDA	*LUZ CONSUELO PINEDA DUEÑEZ* *PS_7069_2025_54EA10* **LUZ CONSUELO PINEDA DUEÑEZ** **SUPERVISOR ALTERNO**
FIRMA DE QUIEN CONVALIDA EL CUMPLIMIENTO DE LAS OBLIGACIONES PARA EL PRESENTE PERIODO DE PAGO	*LUZ ADRIANA CASTAÑEDA MONTEALEGRE* *PS_7069_2025_54EA10* **LUZ ADRIANA CASTAÑEDA MONTEALEGRE** **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 52457687		OYOLA MARIBEL	INDEPENDIENTE	PRINCIPAL	CRA 4d N. 52 84	BOGOTA-BOGOTA D.E.	5555555	No

DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION

Periodo		Clave		Tipo	Fecha		Pago		
Pensión	Salud	Pago	Planilla	Planilla	Limite	Pago	Banco	Dias Mora	Valor
2026-02	2026-02	78435582	9500789248	I	2026/03/19	2026/03/11	BANCO DE OCCIDENTE	0	$541,800

LIQUIDACION DETALLADA DE APORTES

EMPLEADO					PENSION		SALUD				CCF				RIESGOS				PARAFISCALES			
No.	Identificación	Nombres	Codigo	Dias	IBC	Aporte	Codigo	Dias	IBC	Aporte	Codigo	Dias	IBC	Aporte	Codigo	Dias	IBC	Aporte	Dias	IBC	Aporte
Sucursal: PRINCIPAL (1 Afiliados)					$1,750,905	$280,200			$1,750,905	$218,900			$0	$0			$1,750,905	$42,700		$0	$0
Centro de Trabajo: PRINCIPAL (1 Afiliados)					$1,750,905	$280,200			$1,750,905	$218,900			$0	$0			$1,750,905	$42,700		$0	$0
Ciudad: BOGOTA Depto: BOGOTA D.E. (1 Afiliados)					$1,750,905	$280,200			$1,750,905	$218,900			$0	$0			$1,750,905	$42,700		$0	$0
1	CC 52457687	OYOLA MARIBEL	230201	30	$1,750,905	$280,200	EPS005	30	$1,750,905	$218,900		0	$0	$0	14-7	30	$1,750,905	$42,700	0	$0	$0
Total	**Afiliados(1)**				$1,750,905	$280,200			$1,750,905	$218,900			$0	$0			$1,750,905	$42,700		$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 52457687		OYOLA MARIBEL	INDEPENDIENTE	PRINCIPAL	CRA 4d N. 52 84	BOGOTA-BOGOTA D.E.	5555555	No

DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION

Periodo		Clave		Tipo	Fecha		Pago		
Pensión	Salud	Pago	Planilla	Planilla	Limite	Pago	Banco	Dias Mora	Valor
2026-02	2026-02	78435582	9500789248	I	2026/03/19	2026/03/11	BANCO DE OCCIDENTE	0	$541,800

RESUMEN DE PAGO

RIESGO	CODIGO	NIT	DV	AFILIADOS	VALOR LIQUIDADO	INTERESES MORA	SALDOS E INCAPACIDADES	VALOR A PAGAR
AFP (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$280,200	$0	$0	$280,200
PROTECCION	230201	800,229,739	0	1	$280,200	$0	$0	$280,200
ARL (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$42,700	$0	$0	$42,700
SEGUROS BOLIVAR	14-7	860,002,503	2	1	$42,700	$0	$0	$42,700
EPS (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$218,900	$0	$0	$218,900
SANITAS	EPS005	800,251,440	6	1	$218,900	$0	$0	$218,900
TOTAL				1	$541,800	$0	$0	$541,800

AVAL

CORRESPONSAL BANCARIO
BANCO DE OCCIDENTE SA
Puntored no te cobra por esta transaccion
PAGO DE PLANILLAS

TRANSACCIÓN EXITOSA

Fecha	2026-03-11
Hora	10:25:26
Terminal	356921
Punto de Venta	247630
Numero de aprobacion UPC	435582
Tipo de transaccion	Recaudo
ID Transaccion Puntored	1372381006
Convenio	PILA PLANILLA ASISTIDA APORTES EN LINEA - 1506
Cod. Convenio	8856
Comercio	495624
Referencia del Pago	9500789248
Valor Pago	$541,800

Linea de atención Nacional
01 8000 512825 Opción 2 Email:
corresponsalesaval@ventasyservicios.com.co
BANCO DE OCCIDENTE
VIGILADO SUPERINTENDENCIA

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 Contr…
9 Incumplimientos

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		
☐	PS 7069 2025 CUENTA DE COBRO OCTUBRE 2025.pdf	PS 7069 2025 CUENTA DE COBRO OCTUBRE 2025.pdf	Proveedor	Descargar	Detalle
☐	COMUNICACION SUPERVISOR PS 7069 2025 1.pdf	COMUNICACION SUPERVISOR PS 7069 2025 1.pdf	Comprador	Descargar	Detalle
☐	COMUNICACION SUPERVISOR PS 7069 2025 2.pdf	COMUNICACION SUPERVISOR PS 7069 2025 2.pdf	Comprador	Descargar	Detalle
☐	PS 7069 2025 CUENTA DE COBRO NOVIEMBRE 2025.pdf	PS 7069 2025 CUENTA DE COBRO NOVIEMBRE 2025.pdf	Proveedor	Descargar	Detalle
☐	PS 7069 2025 CUENTA DE COBRO DICIEMBRE 2025.pdf	PS 7069 2025 CUENTA DE COBRO DICIEMBRE 2025.pdf	Proveedor	Descargar	Detalle
☐	PS 7069 2025 CUENTA DE COBRO ENERO 2026.pdf	PS 7069 2025 CUENTA DE COBRO ENERO 2026.pdf	Proveedor	Descargar	Detalle
☐	PS 7069 2025 CUENTA DE COBRO FEBRERO 2026.pdf	PS 7069 2025 CUENTA DE COBRO FEBRERO 2026.pdf	Proveedor	Descargar	Detalle

Borrar | Cargar nuevo

Cancelar

< Evaluación de la Entidad Estatal >