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:	**CLAUDIA CECILIA GONZALEZ MORALES**			**CE:**	**435723**
CORREO ELECTRÓNICO:	**CLCGONZALEZMO@UNAL.EDU.CO**			**TELÉFONO:**	**3058572996**
DIRECCIÓN DOMICILIO:	**CL 45A 25A 30**			**CIUDAD:**	**BOGOTA**
BANCO AL CUAL CONSIGNAR:	**BBVA COLOMBIA**	**TIPO DE CUENTA:**	**AHORROS**	**N° CUENTA:**	**0126401629**
DATOS DEL CONTRATO O ADICION Y PERIODO OBJETO DE PAGO					
Nº DEL CONTRATO:	**PS 7036 2025**	**VALOR CORRESPONDIENTE AL PERIODO OBJETO DE COBRO**			**$ 1.697.400**
FECHA DE INICIO CONTRATO	**2025/10/01**	**FECHA DE TERMINACIÓN CONTRATO:**			**2026/05/31**
PERIODO OBJETO DE COBRO:	**DEL 2026/02/01 AL 2026/02/28**				

CLAUDIA CECILIA GONZALEZ MORALES
PS_7036_2025_B6A5A9

NOMBRE Y FIRMA DEL CONTRATISTA:
CLAUDIA CECILIA GONZALEZ MORALES
CE: 435723
CEL: 3058572996

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			
CLAUDIA CECILIA GONZALEZ MORALES			
	CON C.C N°	**435.723**	
OBJETO DEL CONTRATO:	PRESTAR SERVICIOS PROFESIONALES ESPECIALIZADOS COMO NUTRICIONISTA 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 7036 2025**	**FECHA INICIO CONTRATO**	**2025/10/01**
VALOR INICIAL DEL CONTRATO	$ 6.127.200	**No. HORAS EJECUTADAS**	**51**
VALOR TOTAL DEL CONTRATO INCLUIDO ADICIONES:	$ 55.144.800	**VALOR DE HONORARIOS PERÍODO A CERTIFICAR:**	$ 1.697.400
PLAZO DEL CONTRATO INCLUYENDO PRORROGAS	OCHO (8) 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	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: Reunión Mesa de Trabajo 246 (23/02), Reunión Producto 246 (23/02), Reunión Mesa Gestión Territorial Zonal (26/02) 1.2 Productos o evidencias: Actas y Listados de Asistencia
2	Obligación 2. Presentar mensualmente el cronograma de actividades a desarrollar 2.1 Actividades Desarrolladas: Elaboración y actualización del cronograma del mes de forma semanal 2.2 Productos o evidencias: Cronograma semanal en el DRIVE del correo institucional
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 3.1 Actividades Desarrolladas: Revisión de los soportes del equipo en preauditorias y alistamientos de seguimientos retrospectivos 3.2 Productos o evidencias: Anexo 1 y Actas y Listado de asistencia
4	Obligación 6. Cumplir con la meta, actividades y/o productos programados y asignados con la calidad de datos (integridad, oportunidad, consistencias, 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. 6.1 Actividades Desarrolladas: Inducción a la profesional Especializada 3 para el cargo de Líder de Políticas (23/02) 6.2 Productos o evidencias: Acta y Listado de Asistencia
5	Obligación 7. Realizar apropiación conceptual desde su perfil con los anexos y lineamientos técnicos del convenio PSPIC vigente y suscrito entre el FDS y la Subred. 7.1 Actividades Desarrolladas: Apropiación del Plan Operativo Anual. 7.2 Productos o evidencias: Acta y Listado de Asistencia
6	Obligación 8. Desarrollar procesos de asistencia técnica desde los diferentes procesos del Plan de Intervenciones Colectivas conforme a su saber disciplinar y profesional, en función de los requerimientos de los entornos y procesos transversales. 8.1 Actividades Desarrolladas: Se coordina la reunión del proceso del 16 de febrero Taller de geocodificación, Presentación Avance Investigación "Violencia económica en mujeres de Bogotá" y Socialización planes operativos anuales locales 8.2 Productos o evidencias: Actas y listados de asistencia.
7	Obligación 9. Liderar, gestionar y responder por la operación administrativa, financiera y técnica del proceso o entorno asignado. 9.1 Actividades Desarrolladas: Respuesta a solicitudes desde Dirección de Gestión del Riesgo y otras áreas del PSPIC 9.2 Productos o evidencias: Correos electrónicos e informes
8	Obligación 11. Revisar, realizar seguimiento y garantizar el cumplimiento de las obligaciones contractuales del talento humano asignado al entorno o proceso a su cargo. 11.1 Actividades Desarrolladas: Se revisan informes de cuentas de cobro de líderes locales y delegados de etnias para el cargue en el aplicativo 11.2 Productos o evidencias: Documento Word de informes de cuentas
9	Obligación 12. Establecer los puntos de control necesarios y realizar las actividades de seguimiento y monitoreo al cumplimiento de productos y metas con criterios de calidad, oportunidad y veracidad, en los equipos técnicos del entorno/proceso. 12.1 Actividades Desarrolladas: Seguimiento a las actividades desarrolladas en el mes a los lideres locales de políticas y delegados de las políticas étnicas el 27 de febrero 12.2 Productos o evidencias: Acta y Listado de Asistencia

10	Obligación 13. Coadyuvar a la Coordinación del PSPIC, en el proceso de apoyo técnico en la supervisión de contratos de ordenes de prestación de servicios, para garantizar el cumplimiento de las obligaciones pactadas y de las actividades, metas y productos del Convenio interadministrativo PSPIC. 13.1 Actividades Desarrolladas: Revisión y validación de la información de cuentas de cobro por cada colaborador en el aplicativo SIGCO el de febrero. 13.2 Productos o evidencias: Exportable del Aplicativo.
11	Obligación 14. Liderar la organización del archivo generado de acuerdo con la normatividad y tabla de retención documental. 14.1 Actividades Desarrolladas: Revisión de la organización de los archivos por cada subproceso, a nivel local, zonal y distrital 14.2 Productos o evidencias: Acta y Listado de Asistencia
12	Obligación 15. 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. 15.1 Actividades Desarrolladas: 15.2 Productos o evidencias: Actas y Listados de Asistencia
13	Obligación 16. 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. 16.1. Actividades desarrollas: Alistamiento de los soportes de las obligaciones contractuales y Plan de la Gestión Zonal 16.2 Productos o evidencias: Actas y listados de asistencia, Drive de Compromisos convenio, Excel Plan de la Gestión Zonal
14	Obligación 17. 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. 17.1 Actividades desarrolladas: Ajuste del Informe Octubre, Noviembre, Diciembre de las seis localidades, revisión y gestión de oficios y PQRS remitidos al proceso, solicitud de cotizaciones del Producto 246 a Cafam, Colsubsidio y demás proveedores sugeridos por la subred, Informe de Estándar 52 del proceso de Políticas 17.2 Productos o evidencias: Documento Word de Informe y correos electrónicos

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 (2026-02-01) AL (2026-02-28)

IV. INFORMACIÓN DE APORTES A SEGURIDAD SOCIAL

No. DE PLANILLA:	N° 50009418	OPERADOR:	MI PLANILLA

CONCEPTO DEL PAGO	ENTIDAD	FECHA DE PAGO	VALOR PAGADO
SALUD:	SANITAS	2026/02/11	$ 306.400
PENSIÓN:	PORVENIR	2026/02/11	$ 392.200
RIESGOS LABORALES:	SEGUROS BOLIVAR	2026/02/11	$ 59.800
OTRO			
TOTAL PAGADO			$ 758.400

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	*CLAUDIA CECILIA GONZALEZ MORALES* *PS_7036_2025_B6A5A9* **CLAUDIA CECILIA GONZALEZ MORALES** **CE: 435723**
FIRMA DE QUIEN VALIDA	*MAYRA MILENA JARAMILLO QUIROZ* *PS_7036_2025_B6A5A9* **MAYRA MILENA JARAMILLO QUIROZ** **SUPERVISOR ALTERNO**
FIRMA DE QUIEN CONVALIDA EL CUMPLIMIENTO DE LAS OBLIGACIONES PARA EL PRESENTE PERIODO DE PAGO	*LIDA ESPERANZA MONTENEGRO PARRA* *PS_7036_2025_B6A5A9* **LIDA ESPERANZA MONTENEGRO PARRA** **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
CE	435723	CLAUDIA CECILIA GONZALEZ MORALES	CL 45A 25A 30 AP 302	7184646	clcgonzalezmo@unal.edu.co	
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)	TIPO PLANILLA	FECHA PAGO (DIA/MES/AÑO)	NÚMERO PLANILLA	CANTIDAD EMPLEADOS	CANTIDAD UPC
					1	0
PERIODO SALUD	PERIODO PENSIONES				TOTAL A PAGAR	
2026-01	2026-01	I	11/02/2026	50009418	$760.900	

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					
EPS005	Sanitas EPS	800251440-6	306.400	0		0		0	5	1.000	0	307.400	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	392.200	0	0	0	0	5	1.300	0	393.500	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	59.800				59.800	5	200	60.000			598	60.000	1

TOTALES CAJAS

Código CCF	Nombre	NIT	Valor Aporte	Días Mora	Valor Mora Aporte	Total a Pagar	No. Afiliados

TOTALES PARAFISCALES

Valor Aporte	Días Mora	Valor Mora Aporte	Total a Pagar	No. Afiliados
SENA				
0	5	0	0	0
ICBF				
0	5	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	306.400	307.400
Pensión	1	392.200	393.500
Riesgos Laborales	1	59.800	60.000
CCF	0	0	0
ESAP	0	0	0
ICBF	0	0	0
MEN	0	0	0
SENA	0	0	0
TOTALES	3	758.400	760.900

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
CE	435723	CLAUDIA CECILIA GONZALEZ MORALES		CL 45A 25A 30 AP 302	7184646	clcgonzalezmo@unal.edu.co
FORMA PRESENTACIÓN	CLASE APORTANTE	NOMBRE SUCURSAL	CÓDIGO	DEPARTAMENTO	CIUDAD / MUNICIPIO	
ÚNICA	I – Independiente			BOGOTÁ D. C.	BOGOTÁ, D.C.	

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	
					EMPLEADOS	UPC
					1	0
PERIODO SALUD	PERIODO PENSIONES				TOTAL A PAGAR	
2026-01	2026-01	I	11/02/2026	50009418	$760.900	

DETALLE POR COTIZANTE

INFORMACIÓN COTIZANTE									INFORMACIÓN NOVEDADES																			PENSIÓN							SALUD			RIESGOS LABORALES				CCF			PARAFISCALES					
No.	Tipo	No. de Identificación	Apellidos y Nombres	Cotizante	Subtipo	Extranjero	Colom. exterior	Estornado	ING	RET	TDE	TAE	TDP	TAP	VSP	VST	SLN	IGE	LMA	VAC	AVP	VCT	IRL	CORRECCIÓN	Cód. AFP	IBC AFP	Cotización	Voluntario 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	CE	435723	GONZALEZ MORALES CLAUDIA CECILIA	59	0			N																	230301	2.450.900	392.200	0	0	0	0	EPS005	2.450.900	306.400	14-7	2.450.900	3	59.800		0	0	0	0	0	0	0	0

PAGADA

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

UNIVERSIDAD NACIONAL DE COLOMBIA

Claudia Cecilia Gonzalez Morales <clcgonzalezmo@unal.edu.co>

BBVA Net - Pagos PSE

1 mensaje

BBVA@bbvanet.com.co <BBVA@bbvanet.com.co> 10 de febrero de 2026 a las 19:28
Para: clcgonzalezmo@unal.edu.co

BBVA

Ref: 08369158

Hola
Estamos contigo en cada paso, por eso te informamos el resumen de tu transacción.

Tipo de transacción:	Pago PSE
Cuenta terminada en:	*1629
Fecha de la operación:	2026-02-10
Establecimiento:	COMPENSAR-OI
Valor:	$760,900.00
Hora:	19:28

Recuerda que:

Nunca te contactaremos solicitando tus claves o códigos de activación.

Si necesitas ayuda extra, puedes visitar nuestra

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

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 7036 2025 CUENTA DE COBRO OCTUBRE 2025.pdf	PS 7036 2025 CUENTA DE COBRO OCTUBRE 2025.pdf	Proveedor	Descargar	Detalle
	PS_7036_2025_NOVIEMBRE_PLANILLASS.pdf (Archivado)	PS_7036_2025_NOVIEMBRE_PLANILLASS.pdf	Proveedor	Descargar	Detalle
☐	PS 7036 2025 CUENTA DE COBRO NOVIEMBRE 2025.pdf	PS 7036 2025 CUENTA DE COBRO NOVIEMBRE 2025.pdf	Proveedor	Descargar	Detalle
☐	PS 7036 2025 CUENTA DE COBRO DICIEMBRE 2025.pdf	PS 7036 2025 CUENTA DE COBRO DICIEMBRE 2025.pdf	Proveedor	Descargar	Detalle
☐	PS 7036 2025 CUENTA DE COBRO ENERO 2026.pdf	PS 7036 2025 CUENTA DE COBRO ENERO 2026.pdf	Proveedor	Descargar	Detalle

Borrar Cargar nuevo

Cancelar

< Evaluación de la Entidad Estatal >