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: (30-04-2026)					
NOMBRES Y APELLIDOS:	**JESSICA VALERIA ORTIZ RIAÑO**			**CC:**	**1007393602**
CORREO ELECTRÓNICO:	**jessicavor14@gmail.com**			**TELÉFONO:**	**3143335262**
DIRECCIÓN DOMICILIO:	**CL 31 0 60 ESTE**			**CIUDAD:**	**BOGOTA**
BANCO AL CUAL CONSIGNAR:	**BANCO DAVIVIENDA S.A.**	**TIPO DE CUENTA:**	**AHORROS**	**N° CUENTA:**	**488472342275**
DATOS DEL CONTRATO O ADICION Y PERIODO OBJETO DE PAGO					
Nº DEL CONTRATO:	**PS 3528 2026**	**VALOR CORRESPONDIENTE AL PERIODO OBJETO DE COBRO**			**$ 4.195.200**
FECHA DE INICIO CONTRATO	**2026/03/16**	**FECHA DE TERMINACIÓN CONTRATO:**			**2026/05/31**
PERIODO OBJETO DE COBRO:	**DEL 2026/04/01 AL 2026/04/30**				

JESSICA VALERIA ORTIZ RIAÑO
PS_3528_2026_D72074

NOMBRE Y FIRMA DEL CONTRATISTA:
JESSICA VALERIA ORTIZ RIAÑO
CC: 1007393602
CEL: 3143335262

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			
JESSICA VALERIA ORTIZ RIAÑO			
	CON C.C N°	**1.007.393.602**	
OBJETO DEL CONTRATO:	PRESTAR SERVICIOS PROFESIONALES COMO FISIOTERAPEUTA 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 3528 2026**	**FECHA INICIO CONTRATO**	**2026/03/16**
VALOR INICIAL DEL CONTRATO	$ 10.627.840	**No. HORAS EJECUTADAS**	**184**
VALOR TOTAL DEL CONTRATO INCLUIDO ADICIONES:	$ 10.627.840	**VALOR DE HONORARIOS PERÍODO A CERTIFICAR:**	$ 4.195.200
PLAZO DEL CONTRATO INCLUYENDO PRORROGAS	TRES (3) MESES		
UNIDAD FUNCIONAL DE EJECUCIÓN DE ACTIVIDADES:	SEDE ADMINISTRATIVA SAN JOSE OBRERO		
NOMBRE DEL SUPERVISOR:	MARIA ANGELICA PEÑALOZA DIAZ		

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: 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: ACCIONES EN EL ENTORNO EDUCATIVO EN EL PRODUCTO JORNADAS DE EDUCACIÓN PARA LA SALUD Y BIENESTAR OPERANDO EN EL PUNTO CUÍDATE SE FELIZ, A TRAVÉS DE MENSAJES PROMOCIONALES UTILIZANDO HERRAMIENTAS ARTÍSTICAS PARA FOMENTAR EL AUTOCUIDADO EN TEMÁTICAS DE SALUD MENTAL, SALUD SEXUAL REPRODUCTIVA, ALIMENTACIÓN SALUDABLE Y ACTIVIDAD FÍSICA, SALUD AMBIENTAL, SALUD VISUAL Y AUDITIVA COMUNICATIVA, IDENTIFICACIÓN DE CONDICIONES CRÓNICAS NO TRANSMISIBLES Y TRATA DE PERSONAS. 1.2 PRODUCTO (EVIDENCIA): ENTREGA DE FORMATOS DE SESIONES COLECTIVAS DEL STAND CUÍDATE SE FELIZ, SE REALIZA DILIGENCIAMIENTO DE DRIVE SALUD Y BIENESTAR 2026 CORRESPONDIENTE AL MES DE ABRIL DEL 2026 RELACIONANDO PORTAFOLIO DE SERVICIOS, REGISTRO DE POBLACIONAL DIARIA, TABLERO SEMANAL DE PRUEBAS RÁPIDAS DE VIH, SÍFILIS Y HEPATITIS B, TABLERO SEMANAL Y MENSUAL, INFORMES DE PRUEBAS RÁPIDAS CON REPORTE DE CASOS NEGATIVOS Y/O POSITIVOS O REACTIVOS, REPORTE DE ENTREGA DE PRESERVATIVOS MASCULINOS Y FEMENINOS, CUSTODIA DE DOCUMENTOS DE SISCOS, CUÍDATE SE FELIZ Y PACTO DE BIENESTAR, REPORTE DE REGISTRO FOTOGRÁFICO.
2	2. OBLIGACIÓN: PRESENTAR MENSUALMENTE EL CRONOGRAMA DE ACTIVIDADES A DESARROLLAR. 2.1 ACTIVIDADES DESARROLLADAS: REALIZACIÓN Y ACTUALIZACIÓN DE CRONOGRAMA MENSUAL DE LA IMPLEMENTACIÓN DE LAS ACCIONES DESARROLLADAS EN EL ENTORNO CUIDADOR EDUCATIVO EN EL PRODUCTO JORNADAS DE EDUCACIÓN PARA LA SALUD Y BIENESTAR 2026. 2.2 PRODUCTO (EVIDENCIA): CRONOGRAMA DIGITAL ACTUALIZADO EN TIEMPO REAL.
3	3. OBLIGACIÓN: REALIZAR APROPIACIÓN CONCEPTUAL DESDE SU PERFIL CON LOS ANEXOS Y LINEAMIENTOS TÉCNICOS DEL CONVENIO PSPIC VIGENTE Y SUSCRITO ENTRE EL FDS Y LA SUBRED. 3.1 ACTIVIDADES DESARROLLADAS: EN EL MES DE ABRIL NO SE REALIZÓ APROPIACIÓN DE LINEAMIENTOS VIGENCIA OCTUBRE 1 DE 2025 A 30 DE JUNIO 2027. 3.2 PRODUCTO (EVIDENCIA): NO SE CUENTA CON SOPORTE DE LA ACTIVIDAD.
4	4. OBLIGACIÓN: ORGANIZAR EL ARCHIVO DE LA DOCUMENTACIÓN GENERADA DE ACUERDO A LA NORMATIVIDAD Y TABLA DE RETENCIÓN DOCUMENTAL. 4.1 ACTIVIDADES DESARROLLADAS: PROCESO DE GESTIÓN DOCUMENTAL PARA AVANCE DE ACTUALIZACIÓN Y TRANSFERENCIA DE ARCHIVO. 4.2 PRODUCTO (EVIDENCIA): UNIDADES DE CONSERVACIÓN.
5	5. OBLIGACIÓN: 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. 5.1 ACTIVIDADES DESARROLLADAS: EN EL MES DE ABRIL DEL 2026 SE REALIZA EL PROCESO DE CANALIZACIONES EN SU RESPECTIVO FORMATO Y SEGUIMIENTO, ENVIADO POR CORREO ELECTRÓNICO SEGÚN LA LOCALIDAD Y ACTIVACIÓN DE RIAS. 5.2 PRODUCTO (EVIDENCIA): FORMATO DE CANALIZACIÓN Y SEGUIMIENTO ENVIADO VÍA CORREO ELECTRÓNICO.
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 (2026-04-01) AL (2026-04-30)

IV. INFORMACIÓN DE APORTES A SEGURIDAD SOCIAL

No. DE PLANILLA:	N° 95o2677473	OPERADOR:	APORTES EN LINEA

CONCEPTO DEL PAGO	ENTIDAD	FECHA DE PAGO	VALOR PAGADO
SALUD:	CAPITAL SALUD	2026/04/06	$ 87.600
PENSIÓN:	PORVENIR	2026/04/06	$ 112.100
RIESGOS LABORALES:	POSITIVA	2026/04/06	$ 17.100
OTRO			
TOTAL PAGADO			$ 216.800

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	*JESSICA VALERIA ORTIZ RIAÑO* *PS_3528_2026_D72074* **JESSICA VALERIA ORTIZ RIAÑO** **CC: 1007393602**
FIRMA DE QUIEN VALIDA	*YOHNNY LIRIOLA HERNANDEZ GARCIA* *PS_3528_2026_D72074* **YOHNNY LIRIOLA HERNANDEZ GARCIA** **SUPERVISOR ALTERNO**
FIRMA DE QUIEN CONVALIDA EL CUMPLIMIENTO DE LAS OBLIGACIONES PARA EL PRESENTE PERIODO DE PAGO	*MARIA ANGELICA PEÑALOZA DIAZ* *PS_3528_2026_D72074* **MARIA ANGELICA PEÑALOZA DIAZ** **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 1007393602		JESSICA VALERIA ORTIZ RIAÑO	INDEPENDIENTE	Principal	Calle 31 # 0 este 60	BOGOTA-BOGOTA D.E.	3143335262	No

DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION

Periodo		Clave		Tipo	Fecha		Pago		
Pensión	Salud	Pago	Planilla	Planilla	Limite	Pago	Banco	Dias Mora	Valor
2026-03	2026-03	195529042	9502677473	I	2026/04/06	2026/04/06	NEQUI	0	$230,900

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)					$700,362	$112,100			$700,362	$87,600			$700,362	$14,100			$700,362	$17,100		$0	$0
Centro de Trabajo: Principal (1 Afiliados)					$700,362	$112,100			$700,362	$87,600			$700,362	$14,100			$700,362	$17,100		$0	$0
Ciudad: BOGOTA Depto: BOGOTA D.E. (1 Afiliados)					$700,362	$112,100			$700,362	$87,600			$700,362	$14,100			$700,362	$17,100		$0	$0
1	CC 1007393602	ORTIZ JESSICA	230301	12	$700,362	$112,100	EPSC34	12	$700,362	$87,600	CCF22	12	$700,362	$14,100	14-23	12	$700,362	$17,100	12	$0	$0
Total	**Afiliados(1)**				$700,362	$112,100			$700,362	$87,600			$700,362	$14,100			$700,362	$17,100		$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 1007393602		JESSICA VALERIA ORTIZ RIAÑO	INDEPENDIENTE	Principal	Calle 31 # 0 este 60	BOGOTA-BOGOTA D.E.	3143335262	No

DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION

Periodo		Clave		Tipo	Fecha		Pago		
Pensión	Salud	Pago	Planilla	Planilla	Limite	Pago	Banco	Dias Mora	Valor
2026-03	2026-03	195529042	9502677473	I	2026/04/06	2026/04/06	NEQUI	0	$230,900

RESUMEN DE PAGO

RIESGO	CODIGO	NIT	DV	AFILIADOS	VALOR LIQUIDADO	INTERESES MORA	SALDOS E INCAPACIDADES	VALOR A PAGAR
AFP (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$112,100	$0	$0	$112,100
PORVENIR	230301	800,224,808	8	1	$112,100	$0	$0	$112,100
ARL (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$17,100	$0	$0	$17,100
POSITIVA COMPAÑIA DE SEGUROS	14-23	860,011,153	6	1	$17,100	$0	$0	$17,100
CCF (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$14,100	$0	$0	$14,100
COLSUBSIDIO	CCF22	860,007,336	1	1	$14,100	$0	$0	$14,100
EPS (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$87,600	$0	$0	$87,600
CAPITAL SALUD	EPSC34	900,298,372	9	1	$87,600	$0	$0	$87,600
TOTAL				1	$230,900	$0	$0	$230,900

Comprobante de pago

Pago realizado

Pago en
Aportes En Linea

¿Cuánto?
$ 230.900,00

Fecha
04 de abril de 2026 a las 08:12 p. m.

Referencia
M19742359

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

Porcentaje | Recepción de artículos

Plan de Pagos

¿Se requieren emisiones de códigos de autorización? Si 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		
☐	COMUNICACION SUPERVISOR PS 3528 2026 24-03-2026.pdf	COMUNICACION SUPERVISOR PS 3528 2026 24-03-2026.pdf	Comprador	Descargar	Detalle
☐	PS_3528_2026_CUENTA_DE_COBRO_MARZO_19.pdf	PS_3528_2026_CUENTA_DE_COBRO_MARZO_19.pdf	Proveedor	Descargar	Detalle
☐	PS_3528_2026_CUENTA_DE_COBRO_MARZO_20_AL_31.pdf	PS_3528_2026_CUENTA_DE_COBRO_MARZO_20_AL_31.pdf	Proveedor	Descargar	Detalle

Borrar | Cargar nuevo

Cancelar

< Evaluación de la Entidad Estatal >