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:	**ANGELA ROCIO ARCINIEGAS GOMEZ**			**CC:**	**52281961**
CORREO ELECTRÓNICO:	**angela.arciniegasgomez@gmail.com**			**TELÉFONO:**	**3133879803**
DIRECCIÓN DOMICILIO:	**CL 16 H 96 A 50**			**CIUDAD:**	**BOGOTA**
BANCO AL CUAL CONSIGNAR:	**BANCO DAVIVIENDA S.A.**	**TIPO DE CUENTA:**	**AHORROS**	**N° CUENTA:**	**008480306268**
DATOS DEL CONTRATO O ADICION Y PERIODO OBJETO DE PAGO					
Nº DEL CONTRATO:	**PS 7033 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 2026/03/01 AL 2026/03/31**				

ANGELA ROCIO ARCINIEGAS GOMEZ
PS_7033_2025_DE60F7

NOMBRE Y FIRMA DEL CONTRATISTA:
ANGELA ROCIO ARCINIEGAS GOMEZ
CC: 52281961
CEL: 3133879803

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			
ANGELA ROCIO ARCINIEGAS GOMEZ			
	CON C.C N°	**52.281.961**	
OBJETO DEL CONTRATO:	PRESTAR SERVICIOS PROFESIONALES ESPECIALIZADOS 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 7033 2025**	**FECHA INICIO CONTRATO**	**2025/10/01**
VALOR INICIAL DEL CONTRATO	$ 6.127.200	**No. HORAS EJECUTADAS**	**51**
VALOR TOTAL DEL CONTRATO INCLUIDO ADICIONES:	$ 56.842.200	**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:	ZANDRA PATRICIA CLAVIJO LOPEZ		

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: Revisión de ficha técnica de sesiones educativas primer taller comprensión de los enfoques desde la perspectiva interseccional y elaboración de matriz de cronograma para las reuniones requeridas para el desarrollo de la ficha técnica correspondiente al Producto código 246 1.2 Productos o evidencias: Ficha técnica sesión educativa cargada al drive distrital
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: Se Elaboraron y se cargan los compromisos contractuales del convenio, Seguimiento al Plan de Gestión Zonal del proceso en los componentes técnico, financiero y administrativo. 3.2 Productos o evidencias: Actas y Listado de asistencia, drive de cargue de compromisos PSPIC, Plan de la Gestión Zonal
4	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 Anexo 3 de Instructivo de Diligenciamiento Anexo 1 y 1.2, teniendo en cuenta la actualización realizada por SDS. 7.2 Productos o evidencias: Anexo 3
5	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 realiza la orientación técnica a las delegadas zonales y al equipo étnico (12/03), se realiza alistamiento de las orientaciones técnicas para ser ejecutadas en la reunión del proceso del 16 de marzo. Cargue y verificación de asistencias técnicas de los líderes de políticas en el aplicativo de Asistencias Técnicas 8.2 Productos o evidencias: Actas y listados de asistencia, aplicativo asistencias técnicas, presentación power point, correo electrónico de convocatoria
6	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: Revisión de informes de cuentas de cobro de líderes locales y delegados de etnias para realizar por parte de cada colaborador el cargue en el aplicativo 11.2 Productos o evidencias: Documento Word de informes de cuentas
7	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: Revisión y validación de oficios remitidos en Ágilsalud de la subred. 12.2 Productos o evidencias: Correos electrónicos y oficios, Ágilsalud
8	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 actualización en la organización de los archivos por cada subproceso, a nivel local, zonal y distrital 14.2 Productos o evidencias: Actas y Listados de Asistencias

9	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: Envió diario a los correos institucionales de los equipos locales para el correspondiente seguimiento por parte de los lideres,para la gestión de los casos en los tiempos establecidos. 15.2 Productos o evidencias: Correos Locales
10	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
11	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: Participación en la reunión mensual de control social, para la socialización de los informes (Anexo 2) (11/03). Se llevó a cabo una reunión con el equipo de Seguridad y Salud en el Trabajo y la facilitadora técnica de la coordinación del GSP PSPIC (03/03), en la cual se socializó el proceso de gestión y análisis de políticas, así como el talento humano que lo conforma, con el fin de identificar los riesgos a los que están expuestos los colaboradores. 17.2 Productos o evidencias: Actas y listados

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° 55328864	OPERADOR:	MI PLANILLA

CONCEPTO DEL PAGO	ENTIDAD	FECHA DE PAGO	VALOR PAGADO
SALUD:	SANITAS	2026/03/13	$ 306.400
PENSIÓN:	COLPENSIONES	2026/03/13	$ 392.200
RIESGOS LABORALES:	SEGUROS BOLIVAR	2026/03/13	$ 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	*ANGELA ROCIO ARCINIEGAS GOMEZ* *PS_7033_2025_DE60F7* **ANGELA ROCIO ARCINIEGAS GOMEZ** **CC: 52281961**

FIRMA DE QUIEN VALIDA	*MAYRA MILENA JARAMILLO QUIROZ* *PS_7033_2025_DE60F7* **MAYRA MILENA JARAMILLO QUIROZ** **SUPERVISOR ALTERNO**
FIRMA DE QUIEN CONVALIDA EL CUMPLIMIENTO DE LAS OBLIGACIONES PARA EL PRESENTE PERIODO DE PAGO	*ZANDRA PATRICIA CLAVIJO LOPEZ* *PS_7033_2025_DE60F7* **ZANDRA PATRICIA CLAVIJO LOPEZ** **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	52281961	ANGELA ROCIO ARCINIEGAS GOMEZ	CRA 21A No. 170 -49	6742090	angela.arciniegasgomez@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
		55328864	13/03/2026	1	0
PERIODO SALUD	PERIODO PENSIÓN	TIPO PLANILLA	TOTAL NÓMINA	TOTAL A PAGAR	
2026-02	2026-02	I	$2,450,800	$773.200	

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	0	0	0	306.400	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
25-14	Colpensiones	900336004-7	392.200	0	0	0	0	0	0		392.200	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	59.800				59.800	0	0	59.800			598	59.800	1

TOTALES CAJAS

Código CCF	Nombre	NIT	Valor Aporte	Días Mora	Valor Mora Aporte	Total a Pagar	No. Afiliados
CCF24	Compensar Caja	860066942-7	14.800	0	0	14.800	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	306.400	306.400
Pensión	1	392.200	392.200
Riesgos Laborales	1	59.800	59.800
CCF	1	14.800	14.800
ESAP	0	0	0
ICBF	0	0	0
MEN	0	0	0
SENA	0	0	0
TOTALES	4	773.200	773.200

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	52281961	ANGELA ROCIO ARCINIEGAS GOMEZ	CRA 21A No. 170 -49	6742090	angela.arciniegasgomez@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
		55328864	13/03/2026	1	0
PERIODO SALUD	PERIODO PENSIÓN	TIPO PLANILLA	TOTAL NÓMINA	TOTAL A PAGAR	
2026-02	2026-02	I	$2,450,800	$773.200	

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 52281961	ARCINIEGAS GOMEZ ANGELA ROCIO	59	0			N																	25-14	2.450.800	30	392.200	0	0	0	0	EPS005	2.450.800	30	306.400	14-7	2.450.800	30	3	59.800	CCF24	2.450.800	30	14.800	0	0	0	0	0

PAGADA

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

Gmail

Angela Rocio Arciniegas Gomez <angela.arciniegasgomez@gmail.com>

PSE - Transacción Aprobada ✅ CUS 136374306

serviciopse@achcolombia.com.co <serviciopse@achcolombia.com.co> 12 de marzo de 2026 a las 22:12
Para: angela.arciniegasgomez@gmail.com

¡Hola, angela rocio arciniegas gomez!

Estado de la Transacción: Aprobada

Los siguientes son los datos de tu transacción:



Valor: $ 773.200

Empresa: COMPENSAR-OI

Descripción: MiPlanilla.com Pago Proteccion Social

Fecha de la transacción: 12/03/2026

CUS: 136374306

Gracias por utilizar nuestro servicio.

Ten encuenta estos tips de seguridad:

- Usa dispositivos personales o de confianza para realizar tus pagos.
- No abras enlaces sospechosos.
- Cambia tus contraseñas con regularidad.
- Digita manualmente la URL del portal de tu entidad financiera.
- Recuerda que PSE nunca te contactará para solicitarte información personal.

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 7033 2025 CUENTA DE COBRO OCTUBRE 2025.pdf	PS 7033 2025 CUENTA DE COBRO OCTUBRE 2025.pdf	Proveedor	Descargar	Detalle
☐	PS 7033 2025 CUENTA DE COBRO NOVIEMBRE 2025.pdf	PS 7033 2025 CUENTA DE COBRO NOVIEMBRE 2025.pdf	Proveedor	Descargar	Detalle
☐	PS 7033 2025 CUENTA DE COBRO DICIEMBRE 2025.pdf	PS 7033 2025 CUENTA DE COBRO DICIEMBRE 2025.pdf	Proveedor	Descargar	Detalle
	PS_7033_2025_ENERO_PLANILLASS.pdf (Archivado)	PS_7033_2025_ENERO_PLANILLASS.pdf	Proveedor	Descargar	Detalle
☐	PS 7033 2025 CUENTA DE COBRO ENERO 2026.pdf	PS 7033 2025 CUENTA DE COBRO ENERO 2026.pdf	Proveedor	Descargar	Detalle
☐	PS 7033 2025 CUENTA DE COBRO FEBRERO 2026 (1).pdf	PS 7033 2025 CUENTA DE COBRO FEBRERO 2026 (1).pdf	Proveedor	Descargar	Detalle

Borrar | Cargar nuevo

Cancelar

< Evaluación de la Entidad Estatal >