

DATOS DEL CONTRATISTA

FECHA DE DILIGENCIAMIENTO: (31-05-2026)

NOMBRES Y APELLIDOS:	MARIA PILAR ASPRILLA VALENCIA	CC:	38466202		
CORREO ELECTRÓNICO:	PILAR_ASPRILLA@HOTMAIL.COM	TELÉFONO:	3164108233		
DIRECCIÓN DOMICILIO:	KR 10 124 10	CIUDAD:	BOGOTA		
BANCO AL CUAL CONSIGNAR:	BANCO DAVIVIENDA S.A.	TIPO DE CUENTA:	AHORROS	N° CUENTA:	006301089816

DATOS DEL CONTRATO O ADICION Y PERIODO OBJETO DE PAGO

N° DEL CONTRATO:	PS 1697 2026	VALOR CORRESPONDIENTE AL PERIODO OBJETO DE COBRO	\$ 8.487.200
FECHA DE INICIO CONTRATO	2026/02/03	FECHA DE TERMINACIÓN CONTRATO:	2026/05/31
PERIODO OBJETO DE COBRO:	DEL 2026/05/01 AL 2026/05/31		



MARIA PILAR ASPRILLA VALENCIA
PS_1697_2026_99B853

NOMBRE Y FIRMA DEL CONTRATISTA:

MARIA PILAR ASPRILLA VALENCIA

CC: 38466202

CEL: 3164108233

CELEBRADO ENTRE LA SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E Y
MARIA PILAR ASPRILLA VALENCIA

CON C.C N° **38.466.202**

OBJETO DEL CONTRATO: PRESTAR SERVICIOS COMO PROFESIONAL ESPECIALIZADO VIII (REFERENTE PROCESO COSTOS) PARA DESARROLLAR ACTIVIDADES EN LA DIRECCION FINANCIERA DE LA SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E.

CONTRATO DE PRESTACION DE SERVICIOS PROFESIONALES No.	PS 1697 2026	FECHA INICIO CONTRATO	2026/02/03
--	---------------------	------------------------------	-------------------

VALOR INICIAL DEL CONTRATO	\$ 33.948.800	No. HORAS EJECUTADAS	0
-----------------------------------	---------------	-----------------------------	----------

VALOR TOTAL DEL CONTRATO INCLUIDO ADICIONES:	\$ 33.948.800	VALOR DE HONORARIOS PERÍODO A CERTIFICAR:	\$ 8.487.200
---	---------------	--	--------------

PLAZO DEL CONTRATO INCLUYENDO PRORROGAS CUATRO (4) MESES

UNIDAD FUNCIONAL DE EJECUCIÓN DE ACTIVIDADES: CENTRO DE SALUD PERSEVERANCIA

NOMBRE DEL SUPERVISOR: ANDRES FELIPE GUZMAN CRUZ

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 | Liderar el área de costos generando actividades de trabajo. |
| 2 | Revisión de costo de servicios solicitados por las áreas, costo capitas y PGP. |
| 3 | Informes Resolución DDC 001 mes de Abril 2026 |
| 4 | Distribución de actividades de acuerdo a las necesidades institucionales en temas relacionados con análisis de contratos con EPS, Costos de actividades y/o productos, registro de mano de obra en el sistema de información, seguimiento financiero a convenio PIC, informes a secretaría de salud y cierre de periodo de gastos y costos. |
| 5 | Se aplicó la metodología propuesta por la secretaría Distrital de Salud y se revisó la clasificación adecuada de registro. |
| 6 | Se emiten informes de acuerdo a las necesidades de la entidad. |
| 7 | informe de costos Vs facturación por sedes meses y acumulados. |
| 8 | Informe costos neurocirugía para negociación. |
| 9 | Costos cápita Coosalud, Famisanar y Sanitas |
| 10 | Se Verificó el cumplimiento de actividades evidenciadas en el informe de cumplimiento de actividades de cada uno de los integrantes. |
| 11 | Se impartieron las instrucciones necesarias y que garantizan el cumplimiento de los procedimientos, las cuales se evidencian en el cumplimiento de actividades de cada uno de los integrantes del Grupo de costos actualmente. |
| 12 | se realizo el documento de matriz y fortalecimiento. |
| 13 | Se realizo el informe anual de gestión. |
| 14 | Costos de cirugías matriz de la secretaria . |
| 15 | Informe de costos laboratorio y Ive |
| 16 | Presentación junta directiva mes de Abril 2026 . |
| 17 | Costos para negociación PGP ginecológico Famisanar nota técnica. |

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 (2026-05-01) AL (2026-05-31)

IV. INFORMACIÓN DE APORTES A SEGURIDAD SOCIAL

No. DE PLANILLA:	N° 86844669	OPERADOR:	MI PLANILLA
CONCEPTO DEL PAGO	ENTIDAD	FECHA DE PAGO	VALOR PAGADO
SALUD:	COMPENSAR	2026/05/29	\$ 432.300
PENSIÓN:	COLPENSIONES	2026/05/29	\$ 553.400
RIESGOS LABORALES:	SURA	2026/05/29	\$ 84.400
OTRO			
TOTAL PAGADO			\$ 1.070.100

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	 <p><i>MARIA PILAR ASPRILLA VALENCIA</i> PS_1697_2026_99B853</p> <hr/> <p>MARIA PILAR ASPRILLA VALENCIA CC: 38466202</p>
FIRMA DE QUIEN VALIDA	 <p><i>CAROLINA RICO RICO</i> PS_1697_2026_99B853</p> <hr/> <p>CAROLINA RICO RICO SUPERVISOR ALTERNO</p>
FIRMA DE QUIEN CONVALIDA EL CUMPLIMIENTO DE LAS OBLIGACIONES PARA EL PRESENTE PERIODO DE PAGO	 <p><i>ANDRES FELIPE GUZMAN CRUZ</i> PS_1697_2026_99B853</p> <hr/> <p>ANDRES FELIPE GUZMAN CRUZ SUPERVISOR DEL CONTRATO</p>

DATOS DEL APORTANTE						
TIPO	NÚMERO	NOMBRE APORTANTE		DIRECCIÓN	TELÉFONO	CORREO
CC	38466202	MARIA PILAR ASPRILLA VALENCIA		Cra 10 # 124 -10	3164108233	pilar_asprilla@hotmail.com
FORMA PRESENTACIÓN	CLASE APORTANTE	NOMBRE SUCURSAL	CÓDIGO	DEPARTAMENTO	CIUDAD / MUNICIPIO	
ÚNICA	I - Independiente			BOGOTÁ D. C.	BOGOTÁ, D.C.	

DATOS DE LA PLANILLA					
PLANILLA ASOCIADA	FECHA PAGO ASOCIADA (DIA/MES/AÑO)	NÚMERO PLANILLA	FECHA PAGO (DIA/MES/AÑO)	CANTIDAD EMPLEADOS	CANTIDAD UPC
		86844669	29/05/2026	1	0
PERIODO SALUD	PERIODO PENSIÓN	TIPO PLANILLA	TOTAL NÓMINA	TOTAL A PAGAR	
2026-04	2026-04	I	\$0	\$1.070.100	

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	425.000	0		0		0	24	7.300	0	432.300	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	544.000	0	0	0	0	24	9.400	0	553.400	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										
14-11	ARL SURA	890903790-5	82.900				82.900	24	1.500	84.400			829	84.400	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	24	0	0	0
ICBF				
0	24	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	425.000	432.300
Pensión	1	544.000	553.400
Riesgos Laborales	1	82.900	84.400
CCF	0	0	0
ESAP	0	0	0
ICBF	0	0	0
MEN	0	0	0
SENA	0	0	0
TOTALES	3	1.051.900	1.070.100



Búsqueda

Mis procesos

Menú

Ir a

Buscar...

[Escritorio](#) → [Menú](#) → [Administración de contratos](#) → **Ver contrato**1 [Información general](#)

Cancelar



Evaluación de la Entidad Estatal

2 [Condiciones](#)**VER CONTRATO**3 [Bienes y servicios](#)**Ejecución del Contrato**4 [Documentos del Proveedor](#) Porcentaje Recepción de artículos5 [Documentos del contrato](#)**Plan de Pagos**6 [Información presupuestal](#)¿Se requieren emisiones de
códigos de autorización? Sí No7 **Ejecución del Contrato****Id de pago** **Número de factura** **Fecha de emisión** **Fecha de recepción** **Valor total de la factura** **Estado**8 [Modificaciones del Contrato](#)

No existen resultados que cumplan con los criterios de búsqueda especificados

9 [Incumplimientos](#)

Crear

Documentos de ejecución del contrato

	Descripción	Nombre del archivo	Cargado por		
<input type="checkbox"/>	PS 1697 CUENTA DE COBRO FEBRERO 2026.pdf	PS 1697 CUENTA DE COBRO FEBRERO 2026.pdf	Proveedor	Descargar	Detalle
<input type="checkbox"/>	PS 1697 CUENTA DE COBRO MARZO 2026.pdf	PS 1697 CUENTA DE COBRO MARZO 2026.pdf	Proveedor	Descargar	Detalle
<input type="checkbox"/>	1 PS 1697 2026 CRP -10206.pdf	1 PS 1697 2026 CRP -10206.pdf	Comprador	Descargar	Detalle
<input type="checkbox"/>	PS 1697 CUENTA DE COBRO ABRIL 2026.pdf	PS 1697 CUENTA DE COBRO ABRIL 2026.pdf	Proveedor	Descargar	Detalle

Borrar

Cargar nuevo

Cancelar



Evaluación de la Entidad Estatal



MAESTRO AFILIADOS COMPENSADOS

"El Ministerio de Salud y Protección Social comunica que la información dispuesta en esta consulta contiene los datos reportados conforme a las fechas definidas en el Decreto 780 de 2016 por las Empresas Promotoras de Salud - EPS y Entidades Obligadas a Compensar - EOC que han superado el proceso de validación y cruce definidos en las normas y en las especificaciones técnicas; por lo tanto esta información se debe utilizar como complemento al marco legal y técnico definido y nunca como único criterio para denegar la prestación de los servicios de salud a las personas. Si Usted encuentra una inconsistencia en la información publicada, por favor remítase a la EPS o EOC y solicite la corrección de su información a fin de que esta remita la novedad correspondiente a la Administradora de los Recursos del Sistema General de Seguridad Social en Salud - ADRES y ésta proceda a la actualización en las bases de datos."

CONSULTA AFILIADO COMPENSADOS

INFORMACIÓN BÁSICA DEL AFILIADO

TIPO IDENTIFICACION	NÚMERO DE DOCUMENTO	PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO	PRIMER NOMBRE	SEGUNDO NOMBRE	ÚLTIMO PERÍODO COMPENSADO	EPS / EOC	TIPO AFILIACIÓN
CC	38466202	ASPRILLA	VALENCIA	MARIA	PILAR	2026-05	Compensar	COTIZANTE
CC	38466202	ASPRILLA	VALENCIA	MARIA	PILAR	2019-06	Aliansalud	COTIZANTE

INFORMACIÓN DE PERÍODOS COMPENSADOS

EPS / EOC	PERÍODOS COMPENSADOS	DÍAS COMPENSADOS	TIPO AFILIADO	OBSERVACIÓN *
Compensar	05/2026	30	COTIZANTE	Pago con cotización
Compensar	04/2026	30	COTIZANTE	Pago con cotización
Compensar	03/2026	30	COTIZANTE	Pago con cotización
Compensar	02/2026	30	COTIZANTE	Pago con cotización
Compensar	01/2026	30	COTIZANTE	Pago con cotización
Compensar	12/2025	30	COTIZANTE	Pago con cotización
Compensar	11/2025	30	COTIZANTE	Pago con cotización
Compensar	10/2025	30	COTIZANTE	Pago con cotización
Compensar	09/2025	30	COTIZANTE	Pago con cotización
Compensar	08/2025	30	COTIZANTE	Pago con cotización
1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 ...				147 Registros en 15 Paginas

Pago Normal: corresponden a los afiliados que compensaron en estado activo en la Base de Datos Única de Afiliados - BDUA, en el marco del Decreto 780 de 2016.

Estado Emergencia: corresponden a los afiliados que compensaron en estado activo por emergencia, en el marco del artículo 15 del Decreto 538 de 2020. Dicho lo anterior estos afiliados no cuentan con un pago o cotización al Sistema General de Seguridad Social en Salud.

ADRES

Administradora de los Recursos del Sistema General de Seguridad Social en Salud



Sede

Av. El Dorado # No. 69-76, torre 1, piso 16
 Centro Empresarial Elemento
 Código Postal 111071
 Bogotá, D.C.

Atención presencial

Piso 16

Orientación y asesoría, radicación de reclamaciones por parte de personas naturales y notificación cobro coactivo.
 Horario de lunes a viernes de 8:00 a. m. a 4:00 p. m.

Piso 10

Radicación de documentos y correspondencia física.
 Horario de lunes a viernes de 8:00 a. m. a 4:00 p. m.

Atención telefónica

Línea de atención telefónica en Bogotá PBX +57 601 432 27 60

Línea gratuita nacional 01 8000 423 737

Horario de atención de lunes a viernes de 7:00 a. m. a 6:00 p. m. y sábados de 8:00 a. m. a 1:00 p. m.