

DATOS DEL CONTRATISTA

FECHA DE DILIGENCIAMIENTO: (31-05-2026)

| | | | | | |
|--------------------------|-------------------------------|-----------------|------------|------------|--------------|
| NOMBRES Y APELLIDOS: | MARIA FERNANDA AVILA VELANDIA | CC: | 1026599590 | | |
| CORREO ELECTRÓNICO: | FERNANDAVV1999@GMAIL.COM | TELÉFONO: | 3022946998 | | |
| DIRECCIÓN DOMICILIO: | KR 13A ESTE 49-93 | CIUDAD: | BOGOTA | | |
| BANCO AL CUAL CONSIGNAR: | BANCO DAVIVIENDA S.A. | TIPO DE CUENTA: | AHORROS | N° CUENTA: | 488429513176 |

DATOS DEL CONTRATO O ADICION Y PERIODO OBJETO DE PAGO

| | | | |
|--------------------------|------------------------------|--|--------------|
| N° DEL CONTRATO: | PS 3097 2026 | VALOR CORRESPONDIENTE AL PERIODO OBJETO DE COBRO | \$ 3.191.160 |
| FECHA DE INICIO CONTRATO | 2026/02/01 | FECHA DE TERMINACIÓN CONTRATO: | 2026/05/31 |
| PERIODO OBJETO DE COBRO: | DEL 2026/05/01 AL 2026/05/31 | | |



MARIA FERNANDA AVILA VELANDIA
PS_3097_2026_FD9E95

NOMBRE Y FIRMA DEL CONTRATISTA:

MARIA FERNANDA AVILA VELANDIA

CC: 1026599590

CEL: 3022946998

CELEBRADO ENTRE LA SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E Y

MARIA FERNANDA AVILA VELANDIA

CON C.C N° 1.026.599.590

OBJETO DEL CONTRATO: PRESTAR SERVICIOS COMO TECNOLOGO DE APOYO A LA GESTION III PARA DESARROLLAR ACTIVIDADES EN LA DIRECCION DE GESTION INTEGRAL DEL RIESGO EN SALUD DE LA SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E.

CONTRATO DE PRESTACION DE SERVICIOS PROFESIONALES No. PS 3097 2026 FECHA INICIO CONTRATO 2026/02/01

VALOR INICIAL DEL CONTRATO \$ 12.764.640 No. HORAS EJECUTADAS 0

VALOR TOTAL DEL CONTRATO INCLUIDO ADICIONES: \$ 12.764.640 VALOR DE HONORARIOS PERÍODO A CERTIFICAR: \$ 3.191.160

PLAZO DEL CONTRATO INCLUYENDO PRORROGAS CUATRO (4) MESES

UNIDAD FUNCIONAL DE EJECUCIÓN DE ACTIVIDADES: CENTRO DE SALUD PRIMERO DE MAYO

NOMBRE DEL SUPERVISOR: LIDA ESPERANZA MONTENEGRO PARRA

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 | PRESTAR SUS SERVICIOS CON CALIDAD Y OPORTUNIDAD PARA EL DESARROLLO DE LAS ACTIVIDADES DEL CONVENIO MÁS BIENESTAR EQUIPOS BÁSICOS EXTRAMURALES. 1.1 Actividad: Ejecuté las acciones asignadas en campo y en sede, siguiendo los lineamientos técnicos. 1.2 Producto: Registro consolidado de actividades ejecutadas con indicadores de cumplimiento. |
| 2 | 2 PRESENTAR MENSUALMENTE EL CRONOGRAMA DE ACTIVIDADES Y ENTREGAR INFORME DE EJECUCIÓN. 2.1 Actividad: Elaborará el cronograma mensual y reconocerá la información para el informe final. 2.2 Producto: Cronograma mensual radicado y reporte de actividades desarrolladas. |
| 3 | 3 APOYAR LA PRESTACIÓN DE SERVICIOS DEL CONVENIO ENTREGANDO INFORMACIÓN Y SOPORTES REQUERIDOS. 3.1 Actividad: Recolecté y organicé los soportes según los anexos y lineamientos del convenio. 3.2 Producto: Carpeta de soportes documentales |
| 4 | 4 APOYAR LAS ACTIVIDADES DE MEJORAMIENTO CONTINUO, HABILITACIÓN Y ACREDITACIÓN. 4.1 Actividad: Participé en los procesos de revisión y ajuste de los estándares de calidad. 4.2 Producto: Informe de ajustes y aportes realizados al plan de mejoramiento. |
| 5 | 5 REALIZAR APROPIACIÓN CONCEPTUAL SEGÚN SU PERFIL SOBRE LOS ANEXOS Y LINEAMIENTOS DEL CONVENIO. 5.1 Actividad: Asistí a capacitaciones y realicé la lectura técnica de los lineamientos. 5.2 Producto: Certificación o evidencia de apropiación conceptual (formatos, constancias). |
| 6 | 6 SUPERVISAR PROCESOS DE ASISTENCIA TÉCNICA DE LOS EQUIPOS BÁSICOS EXTRAMURALES (HOGAR). 6.1 Actividad: Realicé seguimiento a los procesos y verifiqué el cumplimiento disciplinar. 6.2 Producto: Informe de supervisión con hallazgos y recomendaciones |
| 7 | 7 MANEJAR Y ASIGNAR LOS VEHÍCULOS DESTINADOS A LOS PROFESIONALES GARANTIZANDO SU BUEN USO. 7.1 Actividad: Controlé las bitácoras de uso y revisé las condiciones del vehículo. 7.2 Producto: Registro de asignación y uso adecuado del vehículo. |
| 8 | 8 PARTICIPAR Y GESTIONAR LOS ESPACIOS PARA REUNIONES DE LOS EQUIPOS. 8.1 Actividad: Coordinación de fechas, logística y comunicación para las reuniones internas. 8.2 Producto: Acta de reunión con lista de asistencia y conclusiones. |
| 9 | 9 REALIZAR ENTREGA DE PAPELERÍA E INSUMOS VELANDO POR SU MANTENIMIENTO Y USO APROPIADO. 9.1 Actividad: Organicé el inventario y distribuiré los insumos según el requerimiento. 9.2 Producto: Actas de entrega firmadas y actualizadas. |
| 10 | 10 PARTICIPAR EN ASISTENCIAS TÉCNICAS CONVOCADAS POR LA SDS SEGÚN PROCESOS ASIGNADOS. 10.1 Actividad: Asistí a las sesiones técnicas y ejecuté las acciones requeridas. 10.2 Producto: Evidencias de participación y reporte de compromisos cumplidos. |
| 11 | 11 ORGANIZAR EL ARCHIVO DOCUMENTAL SEGÚN NORMATIVIDAD Y TABLAS DE RETENCIÓN. 11.1 Actividad: Clasifiqué, ordené y digitalicé los documentos generados. 11.2 Producto: Archivo físico y digital organizado conforme a la normativa. |
| 12 | 12 REALIZAR DEMÁS OBLIGACIONES RELACIONADAS CON EL OBJETO CONTRACTUAL SEGÚN SUPERVISIÓN. 12.1 Actividad: Ejecuté las tareas adicionales asignadas por la supervisión. 12.2 Producto: Registro de cumplimiento de actividades extraordinarias. |
| 13 | 13 REALIZAR INVENTARIO SEMANAL DE EQUIPOS BIOMÉDICOS Y DILIGENCIAR ACTAS DE ENTREGA Y REVISIÓN. 13.1 Actividad: Inspeccioné el estado de los equipos biomédicos y registré las novedades. 13.2 Producto: Informe semanal de inventario y actas de revisión. |
| 14 | 14 ADMINISTRAR LA MATERIA PRIMA ENTREGADA A LOS EBEH. 14.1 Actividad: Controlé la recepción, el uso y el almacenamiento de la materia prima. 14.2 Producto: Informe de administración de material e inventario actualizado. |

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° 82061298 | OPERADOR: | MI PLANILLA |
| CONCEPTO DEL PAGO | ENTIDAD | FECHA DE PAGO | VALOR PAGADO |
| SALUD: | FAMISANAR | 2026/05/21 | \$ 218.900 |
| PENSIÓN: | PORVENIR | 2026/05/21 | \$ 280.200 |
| RIESGOS LABORALES: | POSITIVA | 2026/05/21 | \$ 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 ningún 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>MARIA FERNANDA AVILA VELANDIA PS_3097_2026_FD9E95</p> <hr/> <p>MARIA FERNANDA AVILA VELANDIA CC: 1026599590</p> |
|---------------------------------------|--|

| | |
|------------------------------|--|
| FIRMA DE QUIEN VALIDA |  <p>LUZ ADRIANA CALDERON RAMIREZ PS_3097_2026_FD9E95</p> <hr/> <p>LUZ ADRIANA CALDERON RAMIREZ SUPERVISOR ALTERNO</p> |
|------------------------------|--|

| | |
|--|---|
| FIRMA DE QUIEN CONVALIDA EL CUMPLIMIENTO DE LAS OBLIGACIONES PARA EL PRESENTE PERIODO DE PAGO |  <p>LIDA ESPERANZA MONTENEGRO PARRA PS_3097_2026_FD9E95</p> <hr/> <p>LIDA ESPERANZA MONTENEGRO PARRA SUPERVISOR DEL CONTRATO</p> |
|--|---|

| DATOS DEL APORTANTE | | | | | | |
|---------------------|-------------------|-------------------------------|--------|----------------------|--------------------|--------------------------|
| TIPO | NÚMERO | NOMBRE APORTANTE | | DIRECCIÓN | TELÉFONO | CORREO |
| CC | 1026599590 | MARIA FERNANDA AVILA VELANDIA | | CRA 13 A ESTE #49-93 | 7786494 | FERNANDAVV1999@GMAIL.COM |
| FORMA PRESENTACIÓN | CLASE APORTANTE | NOMBRE SUCURSAL | CÓDIGO | DEPARTAMENTO | CIUDAD / MUNICIPIO | |
| ÚNICA | I - Independiente | | | CUNDINAMARCA | SOACHA | |

| DATOS DE LA PLANILLA | | | | | |
|----------------------|-----------------------------------|-----------------|--------------------------|--------------------|--------------|
| PLANILLA ASOCIADA | FECHA PAGO ASOCIADA (DIA/MES/AÑO) | NÚMERO PLANILLA | FECHA PAGO (DIA/MES/AÑO) | CANTIDAD EMPLEADOS | CANTIDAD UPC |
| | | 82061298 | 21/05/2026 | 1 | 0 |
| PERIODO SALUD | PERIODO PENSIÓN | TIPO PLANILLA | TOTAL NÓMINA | TOTAL A PAGAR | |
| 2026-04 | 2026-04 | I | \$1,750,905 | \$552.400 | |

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 | | | | | |
| EPS017 | Famisanar EPS | 830003564-7 | 218.900 | 0 | | 0 | | 0 | 0 | 0 | 0 | 218.900 | 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 | 280.200 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | | 280.200 | 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 | | | | | | | | | | |
| 14-23 | Positiva Seguros | 860011153-6 | 42.700 | | | | 42.700 | 0 | 0 | 42.700 | | | 427 | 42.700 | 1 |

| TOTALES CAJAS | | | | | | | |
|---------------|--------|-------------|--------------|-----------|-------------------|---------------|---------------|
| Código CCF | Nombre | NIT | Valor Aporte | Días Mora | Valor Mora Aporte | Total a Pagar | No. Afiliados |
| CCF21 | Cafam | 860013570-3 | 10.600 | 0 | 0 | 10.600 | 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 | 218.900 | 218.900 |
| Pensión | 1 | 280.200 | 280.200 |
| Riesgos Laborales | 1 | 42.700 | 42.700 |
| CCF | 1 | 10.600 | 10.600 |
| ESAP | 0 | 0 | 0 |
| ICBF | 0 | 0 | 0 |
| MEN | 0 | 0 | 0 |
| SENA | 0 | 0 | 0 |
| TOTALES | 4 | 552.400 | 552.400 |



Comprobante de pago

🕒 Pago realizado

Pago en
Compensar-oi

¿Cuánto?
\$ 552.400,00

Fecha
20 de mayo de 2026 a las 10:13 p. m.

Referencia
M26109611



- 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](#)

Datos guardados

< Evaluación de la Entidad Estatal >

VER CONTRATO

Ejecución del contrato

Porcentaje Recepción de artículos

Factura del contrato

¿Se necesita autorización de registro? Si No

| ID de pago | Número de factura | Fecha de asunto | Fecha de recepción | Valor total de la factura | Estado |
|------------|-------------------|-----------------|--------------------|---------------------------|--------|
|------------|-------------------|-----------------|--------------------|---------------------------|--------|

No existen resultados que cumplan con los criterios de búsqueda especificados

Documentos de ejecución del contrato

| Descripción | Nombre del archivo | Cargado por | |
|--|---|-------------|---|
| <input type="checkbox"/> PS_3097_2026_CUENTA_DE_COBRO_FEBRERO_2026.pdf (Archivado) | PS_3790_2026_CUENTA_DE_COBRO_FEBRERO_2026.pdf | Proveedor | Descargar Detalle |
| <input type="checkbox"/> 1 PS 3097 2026 CRP -9733.pdf | 1 PS 3097 2026 CRP -9733.pdf | Comprador | Descargar Detalle |
| <input type="checkbox"/> PS_3097_2026_CUENTA_DE_COBRO_FEBRERO_2026.pdf | PS_3097_2026_CUENTA_DE_COBRO_FEBRERO_2026.pdf | Proveedor | Descargar Detalle |
| <input type="checkbox"/> PS_3097_2026_CUENTA_DE_COBRO_MARZO_2026.pdf | PS_3097_2026_CUENTA_DE_COBRO_MARZO_2026.pdf | Proveedor | Descargar Detalle |
| <input type="checkbox"/> COMUNICACION SUPERVISOR PS 3097 2026 8-5-26.pdf | COMUNICACION SUPERVISOR PS 3097 2026 8-5-26.pdf | Comprador | Descargar Detalle |
| <input type="checkbox"/> PS_3097_2026_CUENTA_DE_COBRO_ABRIL_2026.pdf | PS_3097_2026_CUENTA_DE_COBRO_ABRIL_2026.pdf | Proveedor | Descargar Detalle |

< Evaluación de la Entidad Estatal >