**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: (31-05-2026)** | | | | | |
| **NOMBRES Y APELLIDOS:** | **DEISY AURORA PEREZ VILLALOBOS** | | | **CC:** | **1026584904** |
| **CORREO ELECTRÓNICO:** | **DEISYAURORA.PEREZ@GMAIL.COM** | | | **TELÉFONO:** | **3106459850** |
| **DIRECCIÓN DOMICILIO:** | **KR 15 ESTE 57 30 SUR** | | | **CIUDAD:** | **BOGOTA** |
| **BANCO AL CUAL CONSIGNAR:** | **BANCO DAVIVIENDA S.A.** | **TIPO DE CUENTA:** | **AHORROS** | **N° CUENTA:** | **488409999619** |
| **DATOS DEL CONTRATO O ADICION Y PERIODO OBJETO DE PAGO** | | | | | |
| **Nº DEL CONTRATO:** | **PS 2932 2026** | **VALOR CORRESPONDIENTE AL PERIODO OBJETO DE COBRO** | | | **$ 3.191.160** |
| **FECHA DE INICIO CONTRATO** | **2026/02/02** | **FECHA DE TERMINACIÓN CONTRATO:** | | | **2026/06/30** |
| **PERIODO OBJETO DE COBRO:** | **DEL 2026/05/01 AL 2026/05/31** | | | | |

*DEISY AURORA PEREZ VILLALOBOS*
*PS_2932_2026_E24329*

**NOMBRE Y FIRMA DEL CONTRATISTA:**
**DEISY AURORA PEREZ VILLALOBOS**
**CC: 1026584904**
**CEL: 3106459850**

| | | |
|---|---|---|
| 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**<br>**APOYO - GESTION DE CONTRATACIÓN**<br>**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<br>**VERSIÓN:** 2<br>**FECHA:** 2025-06-09 |

| | | | |
|---|---|---|---|
| **CELEBRADO ENTRE LA SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E Y** | | | |
| **DEISY AURORA PEREZ VILLALOBOS** | | | |
| | **CON C.C N°** | **1.026.584.904** | |
| **OBJETO DEL CONTRATO:** | PRESTAR SERVICIOS COMO TECNOLOGO DE APOYO A LA GESTION III PARA DESARROLLAR ACTIVIDADES EN LA OFICINA DE SISTEMAS DE INFORMACION -TIC- DE LA SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E. | | |
| **CONTRATO DE PRESTACION DE SERVICIOS PROFESIONALES No.** | **PS 2932 2026** | **FECHA INICIO CONTRATO** | **2026/02/02** |
| **VALOR INICIAL DEL CONTRATO** | $ 12.764.640 | **No. HORAS EJECUTADAS** | **0** |
| **VALOR TOTAL DEL CONTRATO INCLUIDO ADICIONES:** | $ 15.955.800 | **VALOR DE HONORARIOS PERÍODO A CERTIFICAR:** | $ 3.191.160 |
| **PLAZO DEL CONTRATO INCLUYENDO PRORROGAS** | CINCO (5) MESES | | |
| **UNIDAD FUNCIONAL DE EJECUCIÓN DE ACTIVIDADES:** | SEDE ADMINISTRATIVA SAN JOSE OBRERO | | |
| **NOMBRE DEL SUPERVISOR:** | JOSUÉ ANDRÉS OSORIO BELTRÁN | | |

| **ITEM** | **II. ACTIVIDADES REALIZADAS EN EL PERIODO, DE ACUERDO CON EL OBJETO Y LAS OBLIGACIONES ESTABLECIDAS EN EL CONTRATO**<br>**(Deben ser coherentes con las obligaciones específicas del contrato realizadas durante el mes)** |
|---|---|
| 1 | Se realiza las demas actividades como apoyo a el personal de soporte tecnico según actividades del area de conectividad ponchado de puntos, identificacion de puntos y marquillado verificacion de equipos de computo funcionalidad, soporte de VPN, fallas he instalaciones de las mismas 3 casos de GLPI (73828, 73219, 75818) |
| 2 | Se realizan vistas tecnicas a las diferentes unidades de la entidad para verificacion de estado y brindar soporte mantenimiento correctivo y preventivo, modificacion o adecuacion en los rack e inventario de los dispositivos de comunicaciones. 3 casos de GLPI (74711, 74718, 74353) |
| 3 | Se realiza la configuracion de equipos de comunicación de la subred centro oriente, monitoreo diario de del estado de la red, apoyo en casos de Acceso a URL por firewall, lentitud en la red e intermitencia. 8 casos de GLPI (75553, 73174, 73149, 73147, 73141, 73143, 73145, 73148) |
| 4 | Se realizan soportes del estado de los dispositivos de comunicaciones tales como balanceadores switchs, telefonia ip durante el mes 52 casos de GLPI (71871, 60167, 62851, 71613, 62857, 62852, 69874, 62060, 69857, 69859, 69867, 75515, 75867, 64408, 75879, 75880, 75881, 75882, 75883, 75884, 75933, 75592, 75559, 75557, 75556, 74315, 74782, 71313, 73416, 74452, 72959, 73230, 70800, 73268, 73264, 71164, 70805, 70804, 73173, 70788, 71029, 70843, 71434, 71849, 71848, 71847, 71846, 71845, 71844, 71843, 71942, 71943) |
| 5 | Se realizan reporte de afectacion de red a los proveedores de la red, seguimiento y gestion para la solucion de las fallas presentadas durante el mes, Apoyo en gestion de casos asignados al grupo de conectividad, se realiza soporte wifi y cambios en la controladora para permitir la conexion de los difernetes equipos autorizados. 3 casos de GLPI (76183, 76148, 76145) |
| 6 | se realizan las actividades agendadas acorde a la actividad, reuniones programadas y soporte relacionado con el proceso de conectividad, Actualizacion de inventario de los dispositivos de telecomunicaciones a cargo del proceso de conectividad en los datacenter y unidades 5 casos de GLPI (76542, 75990, 75992, 74352, 74351) |
| 7 | Se realiza disponibilidad con el tiempo estipulado acorde al proceso en el periodo configurado mi numero telefonico en la planta opcion 2 IVR Tics recepcionando llamadas despues de la jornada laboral del 15 de abril al 15 de mayo<br>2 casos de GLPI (74739, 74737) |
| 8 | Se recibe visitas y se realiza acompañamiento con los proveedores de la subred centro oriente y apoyo a los soportes relacionados con el firewall problemas de acceso a red, Traslado de dispositivos y solicitudes a procesos de terceros y documentacion correspondiente al proceso de conectividad actualizaciones en las conexiones. 7 casos de GLPI (75876, 75875, 75874, 75926, 75980, 74730, 74735) |

**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° 75407932 | OPERADOR: | MI PLANILLA |

| CONCEPTO DEL PAGO | ENTIDAD | FECHA DE PAGO | VALOR PAGADO |
|---|---|---|---|
| SALUD: | SALUD TOTAL | 2026/06/01 | $ 223.200 |
| PENSIÓN: | COLFONDOS | 2026/06/01 | $ 285.700 |
| RIESGOS LABORALES: | SURA | 2026/06/01 | $ 43.600 |
| OTRO | | | |
| TOTAL PAGADO | | | $ 552.500 |

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** | *DEISY AURORA PEREZ VILLALOBOS*<br>*PS_2932_2026_E24329*<br>**DEISY AURORA PEREZ VILLALOBOS**<br>**CC: 1026584904** |
| **FIRMA DE QUIEN VALIDA** | *GLORIA MILENA TAFUR HERNANDEZ*<br>*PS_2932_2026_E24329*<br>**GLORIA MILENA TAFUR HERNANDEZ**<br>**SUPERVISOR ALTERNO** |
| **FIRMA DE QUIEN CONVALIDA EL CUMPLIMIENTO DE LAS OBLIGACIONES PARA EL PRESENTE PERIODO DE PAGO** | *JOSUÉ ANDRÉS OSORIO BELTRÁN*<br>*PS_2932_2026_E24329*<br>**JOSUÉ ANDRÉS OSORIO BELTRÁN**<br>**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 | 1026584904 | DEISY AURORA PEREZ VILLALOBOS | KR 15 ESTE # 57-30 SUR | 6429464 | deisyaurora.perez@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 |
| | | 75407932 | 01/06/2026 | 1 | 0 |
| PERIODO SALUD | PERIODO PENSIÓN | TIPO PLANILLA | TOTAL NÓMINA | TOTAL A PAGAR | |
| 2026-04 | 2026-04 | I | $1,750,905 | $588.300 | |

## 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 | | | | | |
| EPS002 | Salud Total EPS | 800130907-4 | 218.900 | 0 | | 0 | | 0 | 27 | 4.300 | 0 | 223.200 | 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 |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 231001 | Colfondos | 800227940-6 | 280.200 | 0 | 0 | 0 | 0 | 27 | 5.500 | 0 | 285.700 | 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 | 42.700 | | | | 42.700 | 27 | 900 | 43.600 | | | 427 | 43.600 | 1 |

**TOTALES CAJAS**

| Código CCF | Nombre | NIT | Valor Aporte | Días Mora | Valor Mora Aporte | Total a Pagar | No. Afiliados |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| CCF24 | Compensar Caja | 860066942-7 | 35.100 | 27 | 700 | 35.800 | 1 |

**TOTALES PARAFISCALES**

| Valor Aporte | Días Mora | Valor Mora Aporte | Total a Pagar | No. Afiliados |
|---|---|---|---|---|
| SENA | | | | |
| 0 | 27 | 0 | 0 | 0 |
| ICBF | | | | |
| 0 | 27 | 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 | 223.200 |
| Pensión | 1 | 280.200 | 285.700 |
| Riesgos Laborales | 1 | 42.700 | 43.600 |
| CCF | 1 | 35.100 | 35.800 |
| ESAP | 0 | 0 | 0 |
| ICBF | 0 | 0 | 0 |
| MEN | 0 | 0 | 0 |
| SENA | 0 | 0 | 0 |
| **TOTALES** | 4 | 576.900 | 588.300 |

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 | 1026584904 | DEISY AURORA PEREZ VILLALOBOS | KR 15 ESTE # 57-30 SUR | 6429464 | deisyaurora.perez@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 |
| | | 75407932 | 01/06/2026 | 1 | 0 |
| PERIODO SALUD | PERIODO PENSIÓN | TIPO PLANILLA | TOTAL NÓMINA | TOTAL A PAGAR | |
| 2026-04 | 2026-04 | I | $1,750,905 | $588.300 | |

## 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 | Excenvuelo | 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 1026584904 | PEREZ VILLALOBOS DEISY AURORA | 59 | 0 | | | N | | | | | | | | | | | | | | | | | 231001 | 1.750.905 | 30 | 280.200 | 0 | 0 | 0 | 0 | EPS002 | 1.750.905 | 30 | 218.900 | 14-11 | 1.750.905 | 30 | 3 | 42.700 | CCF24 | 1.750.905 | 30 | 35.100 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 |

PAGADA

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