Compensar operador de información certifica que procesó el pago realizado por:

Señor(a): EUNICE AVELLA GALVEZ
No. Identificación: CC52480651
Dirección: CALLE 6 BIS A 90 A 50
Telefono: 3028584036
Correo: maria_avella2011@hotmail.com **Ciudad:** BOGOTÁ, D.C.
Número de Planilla: 93006602

CITE EL NÚMERO DE PLANILLA PARA CUALQUIER CONSULTA DE PAGO

Nombre Aportante	EUNICE AVELLA GALVEZ	**Número de Empleados**	1
Tipo y número de identificación	CC52480651	**Periodo de Cotización Salud**	mayo de 2026
Número de planilla	93006602	**Periodo de Cotización Pensión**	mayo de 2026
Fecha pago	2026-06-26	**Número de Administradoras**	3
Número de autorización pago	2249108	**Total Pagado**	547500
Banco	1083	**Total Intereses de Mora**	5700

CÓDIGO ADMINISTRADORA	NOMBRE	TOTAL PAGADO	NÚMERO DE AFILIADOS
14-23	POSITIVA COMPANIA DE SEGUROS	43200	1
25-14	Administradora Colombiana de Pensiones - Colpensiones	283100	1
EPS002	Salud Total EPS	221200	1

compensar | miplanilla.com

PAGADA

9300602

TIPO DOC.: CC

NO. DOCUMENTO: 52480651

APELLIDOS Y NOMBRES: EUNICE AVELLA GALVEZ

Cód. EPS	Cód. AFP	IBC SALUD	IBC PENSIÓN	IBC RIESGOS	IBC CAJAS	COTIZACIÓN SALUD	VALOR UPC	COTIZACIÓN PENSIÓN	FONDO SOLIDARIDAD Y SUBSISTENCIA	COTIZACIÓN RIESGOS	APORTE CAJAS
EPS002	25-14	1750905	1750905	1750905	0	218900	0	280200	0	42700	0

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

CORRESPONSAL BANCARIO
DAVIBANK
Puntored no te cobra por esta transacción
Pago de facturas Davibank

TRANSACCIÓN EXITOSA

Fecha	2026-06-26
Hora	09:30:02
Punto de Venta	282630
Numero de aprobacion UPC	361437
Tipo de transaccion	Recaudo
ID Transaccion Puntored	1486974732
Codigo del Convenio	12191
Nombre del Convenio	MIPLANILLA.COM - COMPENSAR - 0344
Referencia del Pago	8393006602
Valor Pago	$547,500

Linea de atención
personalizada en Bogotá:
601 3487881
Aqui también puede pagar su tarjeta de
credito y creditos de consumo
del Banco
Davibank
BANCO DAVIBANK VIGILADO
SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA

(Corresponde al numero de identificación)
Periodo Pensión-Salud: Mayo 2026

Número de pago en otras entidades
Periodo Pensión - Salud: Mayo 2026

8393006602
(Corresponde al número de planilla)

Puntos de pago al mismo día de generación de la planilla:

Puntos de pago el día siguiente al de la generación de la planilla:

Información importante: Con el objeto de evitar errores en la digitación y confirmar la información reportada en esta planilla antes de realizar el pago, recuerde que una vez pagada cualquier corrección deberá solicitarla directamente con el Aportante (empleador) o trabajador para su pago.

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: (30-06-2026)					
NOMBRES Y APELLIDOS:	**EUNICE AVELLA GALVEZ**			**CC:**	**52480651**
CORREO ELECTRÓNICO:	**maria_avella2011@hotmail.com**			**TELÉFONO:**	**3028584036**
DIRECCIÓN DOMICILIO:	**KR 73C BIS 38A 11 SUR**			**CIUDAD:**	**BOGOTA**
BANCO AL CUAL CONSIGNAR:	**BANCO DAVIVIENDA S.A.**	**TIPO DE CUENTA:**	**AHORROS**	**N° CUENTA:**	**488445130799**
DATOS DEL CONTRATO O ADICION Y PERIODO OBJETO DE PAGO					
Nº DEL CONTRATO:	**PS 3719 2026**	**VALOR CORRESPONDIENTE AL PERIODO OBJETO DE COBRO**			**$ 1.490.400**
FECHA DE INICIO CONTRATO	**2026/04/09**	**FECHA DE TERMINACIÓN CONTRATO:**			**2026/07/31**
PERIODO OBJETO DE COBRO:	**DEL 2026/06/01 AL 2026/06/30**				

EUNICE AVELLA GALVEZ
PS_3719_2026_8B579E

NOMBRE Y FIRMA DEL CONTRATISTA:
EUNICE AVELLA GALVEZ
CC: 52480651
CEL: 3028584036

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			
EUNICE AVELLA GALVEZ			
	CON C.C N°	**52.480.651**	
OBJETO DEL CONTRATO:	PRESTAR SERVICIOS DE APOYO A LA GESTION COMO GESTOR TECNICO MAS BIENESTAR 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. PARA EL DESARROLLO DEL CONVENIO MAS BIENESTAR EN TU HOGAR		
CONTRATO DE PRESTACION DE SERVICIOS PROFESIONALES No.	**PS 3719 2026**	**FECHA INICIO CONTRATO**	**2026/04/09**
VALOR INICIAL DEL CONTRATO	$ 11.227.680	**No. HORAS EJECUTADAS**	**92**
VALOR TOTAL DEL CONTRATO INCLUIDO ADICIONES:	$ 11.227.680	**VALOR DE HONORARIOS PERÍODO A CERTIFICAR:**	$ 1.490.400
PLAZO DEL CONTRATO INCLUYENDO PRORROGAS	TRES (3) MESES Y VEINTRES (23) DIAS		
UNIDAD FUNCIONAL DE EJECUCIÓN DE ACTIVIDADES:	SEDE ADMINISTRATIVA SAN JOSE OBRERO		
NOMBRE DEL SUPERVISOR:	LIDA ESPERANZA MONTENEGRO PARRA		

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 CONVENIO MAS BIENESTAR EQUIPOS BÁSICOS EXTRAMURALES, SUSCRITO ENTRE EL FDS Y LA SUBRED. 1.1 Actividades desarrolladas: Realicé las intervenciones con calidad y oportunidad. 1.2 Productos (evidencias): Descargue de plano GTAPS donde se evidencia fecha de la ejecución de cada actividad, su oportunidad y calidad de entrega
2	Obligación 2: PRESENTAR MENSUALMENTE EL CRONOGRAMA DE ACTIVIDADES A DESARROLLAR, ADICIONALMENTE CON LA FINALIZACIÓN DEL MES SE DEBE ENTREGAR UN INFORME DE LAS ACTIVIDADES DESARROLLADAS PARA LA EJECUCIÓN DE SUS ACTIVIDADES. 2.1. Actividades desarrolladas: Diligencié cronograma mensual de actividades a desarrollar mensualmente, además entregué el informe de actividades desarrolladas en concordancia con la ejecución de actividades. 2.2 Productos (evidencias): Formato de cronograma mensual diligenciado en su totalidad.
3	Obligación 3: APOYAR LA PRESTACIÓN DE SERVICIOS EN EL DEL CONVENIO MAS BIENESTAR EQUIPOS BÁSICOS EXTRAMURALES, PRESENTANDO LA INFORMACIÓN Y/O SOPORTES QUE SE SOLICITE CONFORME A LOS ANEXOS Y LINEAMIENTOS TÉCNICOS DEL CONVENIO VIGENTE Y SUSCRITO ENTRE EL FDS Y LA SUBRED. 3.1 Actividades desarrolladas: Desarrollé las actividades contractuales de acuerdo con el lineamiento técnico del convenio vigente suscrito entre el FDS y la Subred. Presenté la información y soportes solicitados. 3.2 Productos (evidencias): Descarga de plano GTPAS entregados en digital donde se evidencia la prestación de servicios en el convenio MAS BIENESTAR.
4	Obligación 4: APOYAR LAS ACTIVIDADES INHERENTES AL OBJETO DEL CONTRATO PARA EL MEJORAMIENTO CONTINUO DE CALIDAD Y AQUELLAS DEFINIDAS DENTRO DE LOS PLANES DE MEJORAMIENTO DE LOS DIFERENTES ESTÁNDARES DE HABILITACIÓN Y ACREDITACIÓN DE SERVICIOS DE SALUD. 4.1 Actividades desarrolladas: Apoyé las actividades inherentes al objeto del contrato para el mejoramiento continuo de la calidad y aquellas definidas en los planes de mejoramiento de los estándares de habilitación, mediante la asistencia a fortalecimientos técnicos y operativos. 4.2 Productos (evidencias): Formato de firmas de actas de fortalecimientos técnicos y operativos.
5	Obligación 5: REALIZAR APROPIACIÓN CONCEPTUAL DESDE SU PERFIL CON LOS ANEXOS Y LINEAMIENTOS TÉCNICOS DEL CONVENIO MAS BIENESTAR EQUIPOS BÁSICOS EXTRAMURALES SUSCRITO ENTRE EL FDS Y LA SUBRED. 5.1 Actividades desarrolladas: Realicé la apropiación conceptual, desde mi perfil, de los anexos y lineamientos técnicos del Convenio Más Bienestar suscrito entre el FDS y la Subred. 5.2 Productos (evidencias): Acta de apropiación de lineamientos técnicos realizada y firmada personalmente.
6	Obligación 6: DESARROLLAR PROCESOS DE ASISTENCIA TÉCNICA DESDE LOS DIFERENTES PROCESOS DEL CONVENIO MAS BIENESTAR EQUIPOS BÁSICOS EXTRAMURALES CONFORME A SU SABER DISCIPLINAR Y PROFESIONAL, EN FUNCIÓN DE LOS REQUERIMIENTOS PROCESOS TRANSVERSALES. 6.1 Actividades desarrolladas: Desarrollé procesos de asistencia técnica según mi saber disciplinar y profesional, de acuerdo con los requerimientos de los procesos transversales del convenio. 6.2: Productos (evidencias): Actas de asistencia técnica donde se evidencia mi participación según saber disciplinar.
7	Obligación 7: REALIZAR LA REVISIÓN, ALISTAMIENTO Y ENTREGA CON CALIDAD DE CADA UNO DE LOS FORMATOS, DOCUMENTOS, BASES O INFORMES GENERADOS COMO RESULTADO DE LAS ACCIONES O INTERVENCIONES REALIZADAS EN CUMPLIMIENTO A LOS ANEXOS Y LINEAMIENTOS TÉCNICOS DEL CONVENIO MÁS BIENESTAR EQUIPOS BÁSICOS EXTRAMURALES VIGENTE Y SUSCRITO ENTRE EL FDS Y LA SUBRED. 7.1 Actividades desarrolladas: Revisé, alisté y entregué con calidad de los formatos, documentos, bases e informes generados como resultado de las acciones ejecutadas, cumpliendo con los anexos y lineamientos técnicos del convenio. 7.2 Productos (evidencias): Descarga plano GTPAS donde se evidencian actividades ejecutadas, además de actas de asistencia a fortalecimientos técnicos.

8	Obligación 8: PARTICIPAR Y GESTIONAR LOS ACERCAMIENTOS COMUNITARIOS E INSTITUCIONALES QUE SE REQUIERAN PARA EL DESARROLLO DE LAS ACCIONES DE CADA PROCESO. 8.1 Actividades desarrolladas: Participé y gestioné los acercamientos comunitarios e institucionales necesarios para el desarrollo de las acciones de cada proceso. 8.2: Productos (evidencias): Actas de acercamiento comunitario e institucional.
9	Obligación 9: ACTIVAR Y NOTIFICAR LOS EVENTOS DE INTERÉS EN SALUD PÚBLICA DETECTADOS EN CADA UNA DE SUS INTERVENCIONES. 9.1. Actividades desarrolladas: Activé y notifiqué los eventos de interés en salud pública detectados durante mis intervenciones. 9.2. Productos (evidencias): Formatos de canalización enviados durante mis intervenciones.
10	Obligación 10: PARTICIPAR EN LAS ASISTENCIAS TÉCNICAS CONVOCADAS POR SDS DE ACUERDO CON LOS PROCESOS ASIGNADOS CONFORME A LAS ACTIVIDADES, METAS Y PRODUCTOS ESTABLECIDOS EN LOS ANEXOS Y LINEAMIENTOS TÉCNICOS DEL CONVENIO MAS BIENESTAR EQUIPOS BÁSICOS EXTRAMURALES SUSCRITO ENTRE EL FDS Y LA SUBRED. 10.1. Actividades desarrolladas: Participé en las asistencias técnicas convocadas por la SDS, de acuerdo con los procesos asignados y conforme a las actividades, metas y productos establecidos en los anexos y lineamientos técnicos del convenio. 10.2 productos (evidencias): Acta de asistencias técnicas convocada por Secretaría Distrital de Salud.
11	Obligación 11: ORGANIZAR EL ARCHIVO DE LA DOCUMENTACIÓN GENERADO DE ACUERDO CON LA NORMATIVIDAD Y TABLA DE RETENCIÓN DOCUMENTAL. 11.1 Actividades desarrolladas: Organicé el archivo de la documentación generada según normatividad y tabla de retención documental. 11.2 Productos (evidencias) Documentación entregada donde se evidencia su previa organización y oportunidad en la entrega.
12	Obligación 12: REALIZAR LAS DEMÁS OBLIGACIONES QUE SE RELACIONEN CON EL OBJETO DEL CONTRATO Y QUE SEAN REQUERIDAS POR LA SUPERVISIÓN. 12.1 Actividades desarrolladas: Realicé las demás obligaciones relacionadas con el objeto del contrato y que fueron requeridas por la supervisión. 12.2 Productos (evidencias): Entrega y firma de actas de participación en obligaciones requeridas por la supervisión
13	Obligación 13: REALIZAR CARACTERIZACIÓN SOCIODEMOGRÁFICA A COMPLETITUD, CON CALIDAD Y VERACIDAD REALIZANDO LOS TAMIZAJES CORRESPONDIENTES SEGÚN LINEAMIENTO EN EL DESARROLLO DE LA CARACTERIZACIÓN (APGAR, TOMA DE MEDIDAS ANTROPOMÉTRICAS SEGÚN RESOLUCIÓN 3280-2018, OMS, FINDRISC, CUESTIONARIO DE EPOC, PLANILLA DE FIRMAS), TENIENDO EN CUENTA QUE TODOS LOS PRODUCTOS SON SUJETOS DE AUDITORÍA. 13.1. Actividades desarrolladas: Realicé la caracterización sociodemográfica a completitud, con calidad, veracidad, aplicando los tamizajes definidos por lineamiento (APGAR, medidas antropométricas, Findrisc, cuestionario EPOC, planilla de firmas), garantizando productos auditables. 13.2 Productos (evidencias): Descarga de plano GTAPS donde se evidencian la realización de los tamizajes correspondientes.
14	Obligación 14: DILIGENCIAR LA INFORMACIÓN DE LA CARACTERIZACIÓN SOCIODEMOGRÁFICA EN EL APLICATIVO GTAPS DE LA SDS DIARIAMENTE A COMPLETITUD, CON VERACIDAD, CALIDAD DEL DATO DENTRO DE LAS PRIMERAS 24 HORAS DE LA INTERVENCIÓN, TENIENDO EN CUENTA QUE TODOS LOS PRODUCTOS SON SUJETOS DE AUDITORIA. 14.1 Actividades desarrolladas: Diligencié la información de la caracterización sociodemográfica en el aplicativo GTAPS dentro de las primeras 24 horas posteriores a cada intervención, con calidad, veracidad y completitud. 14.2 Productos (evidencias): Descargue de aplicativo GTAPS donde se evidencia la fecha de cargue de la información en concordancia con la fecha de intervención
15	Obligación 15: PRESENTAR EL CRONOGRAMA DE ACTIVIDADES E INSUMOS PREPARADOS (MAPAS BASE, MATRICES, CARTOGRAFÍA, DATOS CATASTRALES Y POBLACIONALES). 15.1 Actividades desarrolladas: Presenté el cronograma de actividades e insumos preparados, incluyendo mapas base, matrices, cartografía y datos catastrales y poblacionales. 15.2 Productos (evidencias) Formatos físicos de mapa, base, matriz y datos catastrales obtenidos en la apropiación territorial.
16	Obligación 16. PRESENTAR MAPA CON REGISTRO DEL EJERCICIO DE CARTOGRAFÍA REALIZADO POR EL GESTOR, MATRIZ DE INFORMACIÓN CUANTITATIVA Y CUALITATIVA CON EL REGISTRO REALIZADO POR PARTE DEL GESTOR. 16.1 Actividades desarrolladas: Presenté el mapa del ejercicio de cartografía realizado, junto con la matriz de información cuantitativa y cualitativa correspondiente. 16.2 Productos (evidencias): Mapa físico donde se evidencia el ejercicio cartográfico.
17	Obligación 17. PARTICIPAR EN EL COMITÉ TERRITORIAL EN EL QUE PARTICIPA TODO EL EQUIPO REVISIÓN, ANÁLISIS DE INFORMACIÓN (CARTOGRAFÍA, MATRIZ, INFORME Y CONCLUSIONES DEL COMITÉ DE CUIDADO). 17.1 Actividades desarrolladas: Participé en el comité territorial junto con el equipo, realizando la revisión y análisis de la información disponible (cartografía, matrices, informes y conclusiones del Comité de Cuidado). 17.2 Productos (evidencias) acta de comité territorial donde se evidencia mi participación en el espacio.
18	Obligación 18. REALIZAR EL REGISTRO DE LAS ACTIVIDADES EN LOS INSTRUMENTOS DEFINIDOS PARA CAPTURA DE INFORMACIÓN CON CALIDAD (PLANILLA DE FAMILIAS CON CONSENTIMIENTO INFORMADO Y ATENCIÓN INICIAL DESDE ABORDAJE TERRITORIAL, APLICATIVO EN LÍNEA DEFINIDO POR SECRETARIA DISTRITAL DE SALUD). 18.1. Actividades desarrolladas: Registré las actividades en los instrumentos establecidos para la captura de información con calidad, tales como plantillas de familias con consentimiento informado, atención inicial territorial y el aplicativo en línea definido por la SDS. 18.2 Productos (evidencias): Descargue plano aplicativo GTAPS, formatos de firmas de intervenciones y formatos físicos entregados.
19	Obligación 19. GESTIONAR Y ACTIVAR LOS RIESGOS EN SALUD IDENTIFICADOS CON OPORTUNIDAD A TRAVÉS DEL AGENDAMIENTO, ACTIVIDADES DE RUTA O FORMATOS DE NOTIFICACIÓN DE EVENTOS DE INTERÉS DE SALUD PÚBLICA SEGÚN CORRESPONDA. 19.1 Actividades desarrolladas: Gestioné y activé oportunamente los riesgos en salud identificados mediante agendamiento, activación de rutas o formatos de notificación de eventos de interés en salud pública, según correspondiera. 19.2 productos (evidencias): Descarga plano GTAPS.

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 (2026-06-01) AL (2026-06-30)

IV. INFORMACIÓN DE APORTES A SEGURIDAD SOCIAL

No. DE PLANILLA:	N° 93006602	OPERADOR:	MI PLANILLA

CONCEPTO DEL PAGO	ENTIDAD	FECHA DE PAGO	VALOR PAGADO
SALUD:	SALUD TOTAL	2026/06/26	$ 153.202
PENSIÓN:	COLPENSIONES	2026/06/26	$ 196.099
RIESGOS LABORALES:	POSITIVA	2026/06/26	$ 29.856
OTRO			
TOTAL PAGADO			$ 379.157

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	*EUNICE AVELLA GALVEZ* *PS_3719_2026_8B579E* **EUNICE AVELLA GALVEZ** **CC: 52480651**
FIRMA DE QUIEN CONVALIDA EL CUMPLIMIENTO DE LAS OBLIGACIONES PARA EL PRESENTE PERIODO DE PAGO	**LIDA ESPERANZA MONTENEGRO PARRA** **SUPERVISOR DEL CONTRATO**