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: (31-07-2026)					
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					
Nº 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:**			**2026/07/31**
PERIODO OBJETO DE COBRO:	**DEL 2026/07/01 AL 2026/07/31**				

MARIA FERNANDA AVILA VELANDIA
PS_3097_2026_2F969B

NOMBRE Y FIRMA DEL CONTRATISTA:
MARIA FERNANDA AVILA VELANDIA
CC: 1026599590
CEL: 3022946998

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			
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:	$ 19.146.960	**VALOR DE HONORARIOS PERÍODO A CERTIFICAR:**	$ 3.191.160
PLAZO DEL CONTRATO INCLUYENDO PRORROGAS	SEIS (6) MESES		
UNIDAD FUNCIONAL DE EJECUCIÓN DE ACTIVIDADES:	CENTRO DE SALUD PRIMERO DE MAYO		
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	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 verificó 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 (2026-07-01) AL (2026-07-31)

IV. INFORMACIÓN DE APORTES A SEGURIDAD SOCIAL

No. DE PLANILLA:	N° 93361790	OPERADOR:	MI PLANILLA

CONCEPTO DEL PAGO	ENTIDAD	FECHA DE PAGO	VALOR PAGADO
SALUD:	FAMISANAR	2026/07/21	$ 218.900
PENSIÓN:	PORVENIR	2026/07/21	$ 280.200
RIESGOS LABORALES:	POSITIVA	2026/07/21	$ 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 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	*MARIA FERNANDA AVILA VELANDIA* *PS_3097_2026_2F969B* **MARIA FERNANDA AVILA VELANDIA** **CC: 1026599590**
FIRMA DE QUIEN VALIDA	*LUZ ADRIANA CALDERON RAMIREZ* *PS_3097_2026_2F969B* **LUZ ADRIANA CALDERON RAMIREZ** **SUPERVISOR ALTERNO**
FIRMA DE QUIEN CONVALIDA EL CUMPLIMIENTO DE LAS OBLIGACIONES PARA EL PRESENTE PERIODO DE PAGO	*LIDA ESPERANZA MONTENEGRO PARRA* *PS_3097_2026_2F969B* **LIDA ESPERANZA MONTENEGRO PARRA** **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	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		NO

DATOS DE LA PLANILLA					
PLANILLA ASOCIADA	FECHA PAGO ASOCIADA (DIA/MES/AÑO)	NÚMERO PLANILLA	FECHA PAGO (DIA/MES/AÑO)	CANTIDAD EMPLEADOS	CANTIDAD UPC
		93361790	21/07/2026	1	0
PERIODO SALUD	PERIODO PENSIÓN	TIPO PLANILLA	TOTAL NÓMINA	TOTAL A PAGAR	
2026-06	2026-06	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

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	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		NO

DATOS DE LA PLANILLA					
PLANILLA ASOCIADA	FECHA PAGO ASOCIADA (DIA/MES/AÑO)	NÚMERO PLANILLA	FECHA PAGO (DIA/MES/AÑO)	CANTIDAD EMPLEADOS	CANTIDAD UPC
		93361790	21/07/2026	1	0
PERIODO SALUD	PERIODO PENSIÓN	TIPO PLANILLA	TOTAL NÓMINA	TOTAL A PAGAR	
2026-06	2026-06	I	$1,750,905	$552.400	

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	IND	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 1026599590	AVILA VELANDIA MARIA FERNANDA	59	0			N																	230301	1.750.905	30	280.200	0	0	0	0	EPS017	1.750.905	30	218.900	14-23	1.750.905	30	3	42.700	CCF21	1.750.905	30	10.600	0	0	0	0	0

PAGADA

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

DAVIVIENDA

Pago PSE

Resultado de su transacción

Código único CUS
498054228

Destino de pago
COMPENSAR-OI

Motivo
MiPlanilla.com Pago Proteccion Social

Fecha
21/07/2026

Número de aprobación
00054228

Dirección IP
191.95.49.204

Valor transacción
$ 552.400,00

Costo de la transacción
$ 0,00 IVA incluido

Referencia 1	Referencia 2	Referencia 3
191.95.49.204	CC	1026599590

VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA Banco Davivienda S.A. Todos los derechos reservados 2017. DAVIVIENDA

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

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_3097 _2026_CUENTA_DE_COBRO_FEBRERO_2026.pdf (Archivado)	PS_3790 _2026_CUENTA_DE_COBRO_FEBRERO_2026.pdf	Proveedor	Descargar	Detalle
☐	1 PS 3097 2026 CRP -9733.pdf	1 PS 3097 2026 CRP -9733.pdf	Comprador	Descargar	Detalle
☐	PS_3097_2026_CUENTA_DE_COBRO_FEBRERO_2026.pdf	PS_3097 _2026_CUENTA_DE_COBRO_FEBRERO_2026.pdf	Proveedor	Descargar	Detalle
☐	PS_3097_2026_CUENTA_DE_COBRO_MARZO_2026.pdf	PS_3097_2026_CUENTA_DE_COBRO_MARZO.pdf	Proveedor	Descargar	Detalle
☐	COMUNICACION SUPERVISOR PS 3097 2026 8-5-26.pdf	COMUNICACION SUPERVISOR PS 3097 2026 8-5-26.pdf	Comprador	Descargar	Detalle
☐	PS_3097_2026_CUENTA_DE_COBRO_ABRIL_2026.pdf	PS_3097_2026_CUENTA_DE_COBRO_ABRIL_2026.pdf	Proveedor	Descargar	Detalle
☐	PS_3097_2026_CUENTA_DE_COBRO_MAYO_2026.pdf.pdf	PS_3097_2026_CUENTA_DE_COBRO_MAYO_2026.pdf.pdf	Proveedor	Descargar	Detalle
☐	PS_3097_2026_CUENTA_DE_COBRO_JUNIO_2026.pdf.pdf	PS_3097_2026_CUENTA_DE_COBRO_JUNIO_2026.pdf.pdf	Proveedor	Descargar	Detalle

Borrar | Cargar nuevo

Cancelar

< Evaluación de la Entidad Estatal >