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: (31-08-2026)					
NOMBRES Y APELLIDOS:	**MIREYA ASTRID ESPITIA GALAN**			**CC:**	**52166999**
CORREO ELECTRÓNICO:	**MAEG7940619@GMAIL.COM**			**TELÉFONO:**	**3166498300**
DIRECCIÓN DOMICILIO:	**CL 10 SUR 19 35 ESTE**			**CIUDAD:**	**BOGOTA**
BANCO AL CUAL CONSIGNAR:	**BANCO DE BOGOTA**	**TIPO DE CUENTA:**	**AHORROS**	**N° CUENTA:**	**102607488**
DATOS DEL CONTRATO O ADICION Y PERIODO OBJETO DE PAGO					
Nº DEL CONTRATO:	**PS 3058 2026**	**VALOR CORRESPONDIENTE AL PERIODO OBJETO DE COBRO**			**$ 2.328.120**
FECHA DE INICIO CONTRATO	**2026/02/02**	**FECHA DE TERMINACIÓN CONTRATO:**			**2026/08/31**
PERIODO OBJETO DE COBRO:	**DEL 2026/08/01 AL 2026/08/31**				

MIREYA ASTRID ESPITIA GALAN
PS_3058_2026_B7E361

NOMBRE Y FIRMA DEL CONTRATISTA:
MIREYA ASTRID ESPITIA GALAN
CC: 52166999
CEL: 3166498300

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			
MIREYA ASTRID ESPITIA GALAN			
	CON C.C N°	**52.166.999**	
OBJETO DEL CONTRATO:	PRESTAR SERVICIOS COMO BACHILLER APOYO A LA GESTION I PARA DESARROLLAR ACTIVIDADES EN LA DIRECCION ADMINISTRATIVA DE LA SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E.		
CONTRATO DE PRESTACION DE SERVICIOS PROFESIONALES No.	**PS 3058 2026**	**FECHA INICIO CONTRATO**	**2026/02/02**
VALOR INICIAL DEL CONTRATO	$ 9.312.480	**No. HORAS EJECUTADAS**	**0**
VALOR TOTAL DEL CONTRATO INCLUIDO ADICIONES:	$ 16.213.693	**VALOR DE HONORARIOS PERÍODO A CERTIFICAR:**	$ 2.328.120
PLAZO DEL CONTRATO INCLUYENDO PRORROGAS	SIETE (7) MESES		
UNIDAD FUNCIONAL DE EJECUCIÓN DE ACTIVIDADES:	HOSPITAL SANTA CLARA		
NOMBRE DEL SUPERVISOR:	MARIA LORENA ROJAS VAN STRAHLEN		

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.Se realiza apoyo en la dirección administrativa en los diferentes procesos y áreas: oficina transportes, biomédica, activos fijos, seguros,recursos físicos, aseo, salud mental, archivo, caja menor;vigilancia,salud y seguridad en el trabajo, este mes se adiciono el area de cuentas por pagar. Enlace de evidencias: https://drive.google.com/drive/folders/1lc6xt5F34tYQGM6zcTREpnIV-EV1VtiF?usp=drive_link
2	2.Este mes no se realiza este proceso por que no se requiere en el área de la Dirección Administrativa.
3	3.Se apoya a la clasificación y organización de la diferente documentación de los contratos de la dirección administrativa correspondientes a los años 2020-2024, para ser entregados a las diferentes áreas y contratación. Se realiza el cambio de diferente documentación de 12 AZ a 15 carpetas dos tapas y dos cajas de los contratos terminados. Enlace de evidencias: https://drive.google.com/drive/folders/1lc6xt5F34tYQGM6zcTREpnIV-EV1VtiF?usp=drive_link
4	4.Este mes no se realiza este proceso por que no se requiere en el área de la Dirección Administrativa.
5	5.Se hace el traslado de 42 cajas con los contratos terminados y vigentes de las diferentes supervisiones de contratos de la dirección administrativa para ser organizadas y clasificadas por áreas y servicios. Enlace de evidencias: https://drive.google.com/drive/folders/1lc6xt5F34tYQGM6zcTREpnIV-EV1VtiF?usp=drive_link
6	6.Se adecuación el espacio en el pasillo de la dirección administrativa para ubicar las 42 cajas recibidas con la documentación de los contratos a revisar y organizar por áreas y sedes. Enlace de evidencias: https://drive.google.com/drive/folders/1lc6xt5F34tYQGM6zcTREpnIV-EV1VtiF?usp=drive_link
7	7.Este mes no se realiza este proceso por que no se requiere en el área de la Dirección Administrativa
8	8.Este mes no se realiza este proceso por que no se requiere en el área de la Dirección Administrativa.
9	9.Este mes no se realiza este proceso por que no se requiere en el área de la Dirección Administrativa
	10. Se apoya área ambiental haciendo el destape de cajas y clasificación de las canecas para enviar por colores para las sedes de victoria y san Blas. para el manejo de residuos.. Apoyo al supervisor de contrato en la revisión reportes de 92 GPS en físico y medio magnético de los vehículos tercerizados correspondiente al mes de mayo, Junio y julio del contrato 02-BS-068-2024 AS-TRANSPORTES y aliados TF, para descuentos hacer empalme de entrega y facturación por terminación de contratos. Se apoya al área de transportes en la revisión de las planillas de recorrido en medio físico y magnetico del mes de julio, para seguimiento de cumplimiento y ubicación de los vehículos tercerizados Se escanean las facturas, certificaciones de pago y para fiscales del contrato 02-BS-0046-2025 para subirlas al aplicativo secop ii. se apoya al área de transportes en la revisión planillas de recorrido del contrato subredco nueva empresa de transporte. Se realiza la foliación y la archivada en 5 carpetas de 1044 folios de planillas de recorrido de la nueva empresa. Se apoya activos fijo en el proceso de imprimir y verificar los archivos de seguimiento a las diferentes sedes, Se apoya al área trasportes buscando, organizando y clasificando documentación en el aplicativo secop.al contrato 02-bs-0053-2024.para dar respuesta del taller para informe a concejal. Se presta apoyo en el descargue e impresión de los correos del área de seguros, para enviar por correspondencia Se realiza el cargue en el aplicativo secop ii, las certificaciones de pago y notas crédito del contrato 02-BS-0046-2025 de Búho vigilancia. Se apoya al área de seguros y transportes en la recolección de firmas , radicación de pólizas de vehículos y demás para radicar en cuentas por pagar. Se apoya a las diferentes áreas de la dirección administrativa en la recepción escaneo y envió de Correos con la información tramitada.

10	Se apoya a las diferentes áreas de la dirección administrativa en la recepción escaneo y envió de Correos con la información tramitada. Se poya al supervisor de vigilancia en la radicación y entrega de de la facturas del mes de julio al área de cuentas por pagar. Se apoya área ambiental haciendo el destape de cajas y clasificación de las canecas para enviar por colores para las sedes de victoria y san Blas. para el manejo de residuos. Enlace de evidencias: https://drive.google.com/drive/folders/1lc6xt5F34tYQGM6zcTREpnIV-EV1VtiF?usp=drive_link
11	11.Se cumplen con las metas establecidas por el referente de gestión documental
12	12.Se presenta la planilla de pago del mes correspondiente. Enlace de evidencias: https://drive.google.com/drive/folders/1lc6xt5F34tYQGM6zcTREpnIV-EV1VtiF?usp=drive_link
13	13.Se diligencia correctamente las actividades realizadas según las obligaciones específicas del contrato, en el nuevo aplicativo
14	14.Se realizará el cargue al secop II de la cuenta de cobro del mes correspondiente
15	15.Se realiza aceptación de adicción al contrato PS 3058 de 2026 del mes de agosto
16	16.Se mantuvo absoluta reserva de la información institucional a cargo
17	17.Esta actividad debe realizarse al finalizar el contrato enlace de evidencias.

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 (2026-08-01) AL (2026-08-31)

IV. INFORMACIÓN DE APORTES A SEGURIDAD SOCIAL

No. DE PLANILLA:	N° 4660659532	OPERADOR:	SOI
CONCEPTO DEL PAGO	ENTIDAD	FECHA DE PAGO	VALOR PAGADO
SALUD:	SURA	2026/08/18	$ 218.900
PENSIÓN:	PORVENIR	2026/08/18	$ 280.200
RIESGOS LABORALES:	SEGUROS BOLIVAR	2026/08/18	$ 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	*MIREYA ASTRID ESPITIA GALAN* *PS_3058_2026_B7E361* **MIREYA ASTRID ESPITIA GALAN** **CC: 52166999**

FIRMA DE QUIEN VALIDA	*ERIKA YOHANA PLAZA VELOZA* *PS_3058_2026_B7E361* **ERIKA YOHANA PLAZA VELOZA** **SUPERVISOR ALTERNO**
FIRMA DE QUIEN CONVALIDA EL CUMPLIMIENTO DE LAS OBLIGACIONES PARA EL PRESENTE PERIODO DE PAGO	*MARIA LORENA ROJAS VAN STRAHLEN* *PS_3058_2026_B7E361* **MARIA LORENA ROJAS VAN STRAHLEN** **SUPERVISOR DEL CONTRATO**

PLANILLA INTEGRADA AUTOLIQUIDACIÓN APORTES

SOPORTE DE PAGO PARA EL COTIZANTE CC 52166999

DATOS GENERALES DEL APORTANTE

Nombre ó Razón Social	MIREYA ASTRID ESPITIA GALAN		
Tipo Identificación	CÉDULA DE CIUDADANÍA	Número de Identificación	52166999
Ciudad/Municipio	BOGOTA DISTRITO CAPITAL	Departamento	BOGOTA - DISTRITO CAPITAL
Dirección	CLL 12 SUR # 11 55 ESTE	Teléfono	5620332
Tipo Empresa	PRIVADA	Actividad Económica	Otros trabajos de edición.
Tipo Aportante	02-INDEPENDIENTE	Clase Aportante	I-INDEPENDIENTE
Forma Presentación	ÚNICO		
APORTANTE EXONERADO PAGO APORTES SALUD, SENA E ICBF (REFORMA TRIBUTARIA):			NO

DATOS GENERALES DE LA PLANILLA

Número Planilla	**4660659532**	Tipo de Planilla	I-INDEPENDIENTES
Periodo Cotización Otros	julio / 2026	Periodo Cotización Salud	julio / 2026
Dias de Mora	0	Fecha Pago	2026/08/18
Número Autorización	9997782016		

INFORMACIÓN BÁSICA

Nombres	MIREYA ASTRID	Apellidos	ESPITIA GALAN
Tipo de Identificación	CC	Número de Identificación	52166999
Tipo cotizante	INDEPENDIENTE CONTRATO	Subtipo Cotizante	
Colombiano Temporalmente en el Exterior	NO	Extranjero no obligado a cotizar Pensión	NO
COTIZANTE EXONERADO PAGO APORTES SALUD, SENA E ICBF (REFORMA TRIBUTARIA) :			NO
Departamento	BOGOTA - DISTRITO CAPITAL	Municipio	BOGOTA DISTRITO CAPITAL
Salario Básico	$ 1.750.905	Tipo de Salario	

NOVEDADES

ING	RET	TDE	TAE	TDP	TAP	COR	VSP	VST	SLN	COM	IGE	LMA	VAC	AVP	VCT	IRP

APORTES REALIZADOS A SEGURIDAD SOCIAL

PENSIÓN			
Dias	30	Administradora	230301-PORVENIR
Tarifa	16,000 %	IBC	$ 1.750.905
FSP - Solidaridad	$ 0	Cotización Obligatoria	$ 280.200
Aportes Voluntarios Empleador	$ 0	FSP - Subsistencia	$ 0
Indicadador tarifa especial	Normal	Aportes Voluntarios Cotizante	$ 0
		Total Aporte	**$ 280.200**

SALUD			
Dias	30	Administradora	CIA SURAMERICANA DE SERVICIOS
Tarifa	12,500 %	IBC	$ 1.750.905
Nro Incapacidad por Enf. General		Cotización Obligatoria	$ 218.900
Nro Licencia de Maternidad		Valor	$ 0
Valor ADRES	$ 0	Valor	$ 0
		Total Aporte	**$ 218.900**

RIESGOS PROFESIONALES			
Dias	30	Administradora	14-7-SEGUROS BOLIVAR S.A
Clase de Riesgo	III	IBC	$ 1.750.905
Centro de Trabajo	52166999	Tarifa	2,436 %
		Total Aporte	**$ 42.700**

APORTES REALIZADOS A PARAFISCALES

Administradora	Dias Cotizados	Tarifa	IBC	Total Aporte
CCF24-COMPENSAR	30	2,000 %	$ 1.750.905	$ 35.100

TOTAL PAGADO:	**$ 576.900**

Planilla Pagada