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:	**LUZ STELLA VELASQUEZ NESTIEL**			**CC:**	**39754439**
CORREO ELECTRÓNICO:	**LUZSTELLAVELASQUEZNESTIEL29@GMAIL.COM**			**TELÉFONO:**	**3123339256**
DIRECCIÓN DOMICILIO:	**KR 17H 70C 42 SUR**			**CIUDAD:**	**BOGOTA**
BANCO AL CUAL CONSIGNAR:	**BANCO CAJA SOCIAL**	**TIPO DE CUENTA:**	**AHORROS**	**N° CUENTA:**	**24061807860**
DATOS DEL CONTRATO O ADICION Y PERIODO OBJETO DE PAGO					
Nº DEL CONTRATO:	**PS 7631 2025**	**VALOR CORRESPONDIENTE AL PERIODO OBJETO DE COBRO**			**$ 2.851.200**
FECHA DE INICIO CONTRATO	**2025/10/14**	**FECHA DE TERMINACIÓN CONTRATO:**			**2026/08/31**
PERIODO OBJETO DE COBRO:	**DEL 2026/08/01 AL 2026/08/31**				

LUZ STELLA VELASQUEZ NESTIEL
PS_7631_2025_8E2777

NOMBRE Y FIRMA DEL CONTRATISTA:
LUZ STELLA VELASQUEZ NESTIEL
CC: 39754439
CEL: 3123339256

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			
LUZ STELLA VELASQUEZ NESTIEL			
	CON C.C N°	**39.754.439**	
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		
CONTRATO DE PRESTACION DE SERVICIOS PROFESIONALES No.	**PS 7631 2025**	**FECHA INICIO CONTRATO**	**2025/10/14**
VALOR INICIAL DEL CONTRATO	$ 1.788.480	**No. HORAS EJECUTADAS**	**176**
VALOR TOTAL DEL CONTRATO INCLUIDO ADICIONES:	$ 38.102.400	**VALOR DE HONORARIOS PERÍODO A CERTIFICAR:**	$ 2.851.200
PLAZO DEL CONTRATO INCLUYENDO PRORROGAS	ONCE (11) 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 MAS BIENESTAR EQUIPOS BÁSICOS EXTRAMURALES, SUSCRITO ENTRE EL FDS Y LA SUBRED. 1.1 ACTIVIDADES: Presté mis servicios con calidad y oportunidad en las acciones asignadas del convenio. De acuerdo con los casos programados, desarrollé actividades como Auxiliar de Cuidado en la estrategia de Rehabilitación Basada en Comunidad (RBC) y/o en la estrategia MAS Compañía, MAS Bienestar para Soledad Social, garantizando acompañamiento seguro, trato digno y cumplimiento de los lineamientos técnicos correspondientes. 1.2 EVIDENCIAS: Registros de las sesiones realizadas, planillas de atención y soportes de seguimiento de las actividades ejecutadas según la estrategia asignada.
2	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: Presenté el cronograma mensual de actividades y organicé la programación de las sesiones domiciliarias asignadas, diferenciando los casos correspondientes a RBC y/o Soledad Social. Al finalizar el periodo consolidé el informe de las actividades ejecutadas. 2.2 EVIDENCIAS: Cronograma mensual diligenciado e informe de actividades correspondiente al mes de agosto.
3	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: Apoyé la prestación de los servicios conforme a los anexos y lineamientos técnicos vigentes. En los casos de RBC desarrollé acciones de relevo y acompañamiento a personas con discapacidad o dependencia funcional y sus personas cuidadoras. En los casos de Soledad Social desarrollé, posterior al ingreso del profesional de Trabajo Social y según la asignación realizada, sesiones orientadas al fortalecimiento de habilidades sociales, autoestima, funciones cognitivas, participación y vinculación a redes y oferta social y sanitaria. 3.2 EVIDENCIAS: Planillas de atención, registros de sesiones, soportes de seguimiento y demás documentos requeridos para evidenciar la ejecución de RBC y/o Soledad Social.
4	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; Apoyé las actividades orientadas al mejoramiento continuo de la calidad, aplicando durante las intervenciones las orientaciones técnicas definidas para seguridad, trato digno, movilización, autocuidado, acompañamiento social y sanitario, participación y reporte oportuno de novedades. Participé en los espacios de fortalecimiento técnico y operativo convocados durante el periodo. 4.2 EVIDENCIAS: Actas o listados de asistencia a fortalecimientos técnicos y soportes de aplicación de las orientaciones de calidad durante las intervenciones.
5	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; Realicé apropiación conceptual de los lineamientos correspondientes al perfil de Auxiliar de Cuidado para RBC y Soledad Social. Fortalecí conocimientos sobre criterios de inclusión y priorización, alcance del relevo y acompañamiento, límites del rol, toma de signos vitales, activación de rutas, agendamiento de citas, actividades de autocuidado y movilidad, y acciones de fortalecimiento de habilidades sociales, autoestima, participación, recreación y vinculación comunitaria. 5.2. EVIDENCIAS: Acta o soporte de apropiación de lineamientos técnicos y material de fortalecimiento revisado durante el periodo.
	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: Participé en procesos de asistencia técnica relacionados con

6	las acciones del convenio, aplicando orientaciones específicas para el desarrollo de sesiones de RBC y Soledad Social, según la asignación de casos y los requerimientos del equipo. 6.2 EVIDENCIAS: Actas, listados de asistencia y soportes de participación en asistencias técnicas o fortalecimientos relacionados con el perfil.
7	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 MAS BIENESTAR EQUIPOS BÁSICOS EXTRAMURALES VIGENTE Y SUSCRITO ENTRE EL FDS Y LA SUBRED 7.1 ACTIVIDADES: Revisé, alisté y entregué con calidad los formatos y soportes generados durante las intervenciones, verificando que las planillas, registros de sesiones, signos vitales, novedades, acciones de acompañamiento y demás evidencias quedaran completas, legibles y coherentes con la estrategia desarrollada. 7.2 EVIDENCIAS: Planillas diligenciadas, formatos de seguimiento, registros de signos vitales y demás soportes documentales entregados para revisión.
8	8. PARTICIPAR Y GESTIONAR LOS ACERCAMIENTOS COMUNITARIOS E INSTITUCIONALES QUE SE REQUIERAN, PARA EL DESARROLLO DE LAS ACCIONES DE CADA PROCESO. 8.1 ACTIVIDADES: Participé y apoyé los acercamientos con familias, personas cuidadoras, personas mayores y el equipo interdisciplinario, de acuerdo con la estrategia asignada. En RBC articulé acciones con terapeuta, agente de cambio, psicología y gestor en línea; en Soledad Social apoyé la continuidad del plan liderado por Trabajo Social, la vinculación a redes comunitarias y el acceso a oferta social y sanitaria. 8.2 EVIDENCIAS: Registros de concertación, actas o soportes de articulación interdisciplinaria y evidencias de orientaciones o acompañamientos realizados.
9	9. ACTIVAR Y NOTIFICAR LOS EVENTOS DE INTERÉS EN SALUD PÚBLICA DETECTADOS EN CADA UNA DE SUS INTERVENCIONES. 9.1 ACTIVIDADES: dentifiqué alertas durante las intervenciones y activé o comuniqué oportunamente las situaciones que requerían atención. Realicé toma de signos vitales al inicio y al finalizar las sesiones cuando correspondió y, ante alteraciones que podían comprometer la salud de la persona, gestioné la activación de la ruta de emergencias e informé al liderazgo definido. 9.2 EVIDENCIAS: Registros de signos vitales, formatos de novedad, canalización o activación de ruta y soportes de comunicación de alertas, cuando aplicó.
10	10.PARTICIPAR EN LAS ASISTENCIAS TÉCNICAS CONVOCADAS POR SDS DE ACUERDO CON LOS PROCESOS ASIGNADOS Y 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: Participé en las asistencias técnicas convocadas por la Secretaría Distrital de Salud y por la Subred, relacionadas con los procesos asignados y con las acciones, metas y productos definidos para RBC y Soledad Social, apropiando las orientaciones correspondientes al rol de Auxiliar de Cuidado. 10.2 EVIDENCIAS: Actas o listados de asistencia a las asistencias técnicas realizadas durante el periodo.
11	11. ORGANIZAR EL ARCHIVO DE LA DOCUMENTACIÓN GENERADA DE ACUERDO CON LA NORMATIVIDAD Y TABLA DE RETENCIÓN DOCUMENTAL. 11.1 ACTIVIDADES: Organicé la documentación generada durante el periodo de acuerdo con la normatividad y los criterios institucionales de archivo, conservando de manera ordenada las planillas, registros de sesiones, novedades, soportes de asistencia y demás evidencias de ejecución de RBC y/o Soledad Social. 11.2 EVIDENCIAS: Documentación organizada y entregada conforme a los criterios de archivo y retención documental.
12	12. REALIZAR LAS DEMÁS OBLIGACIONES QUE SE RELACIONEN CON EL OBJETO DEL CONTRATO Y QUE SEAN REQUERIDAS POR LA SUPERVISIÓN. 12.1 ACTIVIVDADES: Realicé las demás actividades relacionadas con el objeto contractual que fueron requeridas por la supervisión y el equipo operativo, incluyendo apoyos en articulación de casos, seguimiento de planes, participación en espacios técnicos y cumplimiento de orientaciones adicionales para RBC y Soledad Social. 12.2 EVIDENCIAS: Actas, registros de participación, soportes de seguimiento y demás evidencias solicitadas por la supervisión.
13	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 Y PLANILLA DE FIRMAS), TENIENDO EN CUENTA QUE TODOS LOS PRODUCTOS SON SUJETOS DE AUDITORÍA. 13.1 ACTIVIDADES: Realicé las actividades de caracterización y registro requeridas por la obligación contractual. Para los casos asignados a RBC verifiqué con el equipo la identificación de riesgos y los criterios definidos para la vinculación de la persona cuidadora. Para los casos de Soledad Social tuve en cuenta la valoración y el plan de bienestar formulado por Trabajo Social, aportando durante el acompañamiento información sobre participación, interacción, estado de ánimo, redes y respuesta a las actividades desarrolladas. 13.2 EVIDENCIAS: Registros de caracterización correspondientes, planillas de firmas, soportes de verificación de criterios y documentación de los casos asignados.
14	14. DILIGENCIAR LA INFORMACIÓN DE LA CARACTERIZACIÓN SOCIODEMOGRÁFICA EN EL APLICATIVO GTAPS DE LA SDS DIARIAMENTE A COMPLETITUD, CON VERACIDAD Y CALIDAD DEL DATO DENTRO DE LAS PRIMERAS 24 HORAS DE LA INTERVENCIÓN, TENIENDO EN CUENTA QUE TODOS LOS PRODUCTOS SON SUJETOS DE AUDITORÍA. 14.1 ACTIVIDADES: Diligencié y entregué oportunamente la información requerida de las intervenciones, garantizando calidad, veracidad y completitud del dato dentro de los tiempos establecidos. Registré las novedades y acciones desarrolladas en los instrumentos institucionales y mantuve la trazabilidad de los casos de RBC y/o Soledad Social. 14.2 EVIDENCIAS: Registros en los instrumentos institucionales y soportes de cargue o entrega de la información correspondiente a las intervenciones.
15	15. PRESENTAR EL CRONOGRAMA DE ACTIVIDADES E INSUMOS PREPARADOS (MAPAS BASE, MATRICES, CARTOGRAFÍA, DATOS CATASTRALES Y POBLACIONALES). 15.1 ACTIVIDADES: Presenté el cronograma de actividades e insumos requeridos por la obligación contractual y organicé la programación territorial de las sesiones domiciliarias de RBC y/o Soledad Social, teniendo en cuenta ubicación, tiempos concertados y disponibilidad del equipo. 15.2 EVIDENCIAS: Cronograma de actividades, matrices o soportes de programación territorial y demás insumos preparados para el desarrollo de las intervenciones.
16	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: Presenté los productos de información requeridos por la obligación contractual y apoyé la actualización de matrices de seguimiento de los casos asignados, registrando información relevante para la organización territorial y la continuidad de los acompañamientos en RBC y/o Soledad Social. 16.2 EVIDENCIAS: Mapa, matriz de información cuantitativa y cualitativa y soportes de seguimiento de los casos asignados, según correspondió.

17	17. PARTICIPAR EN EL COMITÉ TERRITORIAL EN EL QUE PARTICIPA TODO EL EQUIPO REVISIÓN Y ANÁLISIS DE INFORMACIÓN (CARTOGRAFÍA, MATRIZ, INFORME Y CONCLUSIONES DEL COMITÉ DE CUIDADO). 17.1 ACTIVIDADES: Participé en los espacios de comité territorial y de articulación del equipo, revisando la información de los casos y aportando las novedades observadas durante las sesiones. En RBC articulé con terapeuta, agente de cambio y psicología; en Soledad Social aporté información al profesional de Trabajo Social sobre adherencia, participación, cambios observados, barreras y resultados del acompañamiento. 17.2 EVIDENCIAS: Actas de comité territorial, registros de participación y soportes de articulación interdisciplinaria de los casos revisados.
18	18. REALIZAR EL REGISTRO DE LAS ACTIVIDADES EN 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: Registré las actividades ejecutadas en los instrumentos definidos para captura de información, incluyendo planillas, registros de sesiones, signos vitales, novedades y acciones desarrolladas. En Soledad Social registré además observaciones sobre estado de ánimo, participación, señales de aislamiento y respuesta a las actividades, y en RBC documenté las acciones de relevo y cuidado realizadas. 18.2 EVIDENCIAS: Planillas de atención, registros de intervención, formatos de firmas, soportes físicos o digitales y demás instrumentos diligenciados durante el periodo.
19	19. GESTIONAR Y ACTIVAR LOS RIESGOS EN SALUD IDENTIFICADOS CON OPORTUNIDAD A TRAVÉS DEL AGENDAMIENTO, ACTIVACIONES DE RUTA O FORMATOS DE NOTIFICACIÓN DE EVENTOS DE INTERÉS EN SALUD PÚBLICA SEGÚN CORRESPONDA. 19.1 ACTIVIDADES: Gestioné oportunamente los riesgos identificados durante las sesiones. Cuando fue necesario, apoyé el agendamiento de citas médicas en articulación con el gestor en línea, activé rutas ante alertas y comuniqué novedades de salud. En Soledad Social también apoyé el acceso a oferta institucional, redes comunitarias y servicios de apoyo cuando fue requerido. 19.2 EVIDENCIAS: Registros de gestión de citas, activaciones de ruta, formatos de novedad, soportes de signos vitales, articulaciones y comunicaciones realizadas, cuando aplicó.
20	20. CUMPLIR, SEGÚN SU PERFIL Y RESPONSABILIDADES ASIGNADAS, CON TODAS LAS OBLIGACIONES ESTABLECIDAS EN EL ANEXO TÉCNICO DEL CONVENIO MÁS BIENESTAR VIGENTE, SUSCRITO ENTRE EL FDS Y LA SUBRED, ASÍ COMO CON LOS LINEAMIENTOS TÉCNICOS Y OPERATIVOS QUE DE ESTE SE DERIVEN. 20.1 ACTIVIDADES: Cumplí las acciones técnicas y operativas correspondientes al perfil de Auxiliar de Cuidado según la estrategia asignada. En RBC desarrollé sesiones de relevo y acompañamiento a personas con discapacidad o dependencia funcional, apoyando autocuidado, alimentación, movilidad y traslados seguros dentro del hogar, actividades básicas, ocio y tiempo libre, actividad física activa o pasiva según capacidad, educación en cuidado, organización de rutinas y apoyo para que la persona cuidadora dispusiera de tiempo de descanso o autocuidado; realicé toma de signos vitales, comuniqué alertas, apoyé la gestión de citas y respeté los límites del rol, sin realizar procedimientos invasivos ni asumir decisiones en nombre de la persona sujeto de cuidado. En Soledad Social, posterior al ingreso de Trabajo Social y de acuerdo con el nivel de riesgo y la asignación realizada, desarrollé hasta cuatro sesiones de cuatro horas orientadas al fortalecimiento de habilidades sociales, autoestima, funciones cognitivas, actividades recreativas, culturales y físicas, acompañamiento social y sanitario, contacto con redes y familiares, participación comunitaria y acceso a oferta institucional; registré observaciones sobre estado de ánimo y participación, detecté señales de aislamiento o depresión, apoyé la gestión de citas y reporté novedades al profesional responsable. En ambas estrategias mantuve articulación con el equipo y registré la información correspondiente en los instrumentos definidos. 20.2 EVIDENCIAS: Registros de sesiones de RBC y/o Soledad Social, planillas de atención, signos vitales, novedades, soportes de articulación con el equipo interdisciplinario, gestión de citas, participación comunitaria y demás evidencias de las actividades desarrolladas según la estrategia asignada.

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° 9508346612	OPERADOR:	APORTES EN LINEA

CONCEPTO DEL PAGO	ENTIDAD	FECHA DE PAGO	VALOR PAGADO
SALUD:	SANITAS	2026/08/13	$ 218.900
PENSIÓN:	COLPENSIONES	2026/08/13	$ 280.200
RIESGOS LABORALES:	SURA	2026/08/13	$ 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	*LUZ STELLA VELASQUEZ NESTIEL* *PS_7631_2025_8E2777* **LUZ STELLA VELASQUEZ NESTIEL** **CC: 39754439**
FIRMA DE QUIEN VALIDA	*LUZ ADRIANA CALDERON RAMIREZ* *PS_7631_2025_8E2777* **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_7631_2025_8E2777* **LIDA ESPERANZA MONTENEGRO PARRA** **SUPERVISOR DEL CONTRATO**

aportes en línea

Resumen General de Pago

DATOS GENERALES DEL APORTANTE

Identificación	dv	Razon Social	Clase Aportante	Sucursal Principal	Direccion	Ciudad-Departamento	Teléfono	Exonerado SENA e ICBF
CC 39754439		VELASQUEZ NESTIEL LUZ STELLA	INDEPENDIENTE	PRINCIPAL	CRR 17H # 70C-42 SUR	BOGOTA-BOGOTA D.E.	7662699	No

DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION

Periodo		Clave		Tipo	Fecha		Pago		
Pensión	Salud	Pago	Planilla	Planilla	Limite	Pago	Banco	Dias Mora	Valor
2026-07	2026-07	08346612	9508346612	I	2026/08/12	2026/08/13	BANCO AV VILLAS	1	$542,400

LIQUIDACION DETALLADA DE APORTES

EMPLEADO					PENSION		SALUD				CCF				RIESGOS				PARAFISCALES		
No.	Identificación	Nombres	Codigo	Días	IBC	Aporte	Codigo	Días	IBC	Aporte	Codigo	Días	IBC	Aporte	Codigo	Días	IBC	Aporte	Días	IBC	Aporte
Sucursal: PRINCIPAL (1 Afiliados)					$1,750,905	$280,200			$1,750,905	$218,900			$0	$0			$1,750,905	$42,700		$0	$0
Centro de Trabajo: PRINCIPAL (1 Afiliados)					$1,750,905	$280,200			$1,750,905	$218,900			$0	$0			$1,750,905	$42,700		$0	$0
Ciudad: BOGOTA Depto: BOGOTA D.E. (1 Afiliados)					$1,750,905	$280,200			$1,750,905	$218,900			$0	$0			$1,750,905	$42,700		$0	$0
1	CC 39754439	VELASQUEZ LUZ	25-14	30	$1,750,905	$280,200	EPS005	30	$1,750,905	$218,900		0	$0	$0	14-11	30	$1,750,905	$42,700	0	$0	$0
Total	**Afiliados(1)**				$1,750,905	$280,200			$1,750,905	$218,900			$0	$0			$1,750,905	$42,700		$0	$0

aportes en línea

Resumen General de Pago

DATOS GENERALES DEL APORTANTE

Identificación	dv	Razon Social	Clase Aportante	Sucursal Principal	Direccion	Ciudad-Departamento	Teléfono	Exonerado SENA e ICBF
CC 39754439		VELASQUEZ NESTIEL LUZ STELLA	INDEPENDIENTE	PRINCIPAL	CRR 17H # 70C-42 SUR	BOGOTA-BOGOTA D.E.	7662699	No

DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION

Periodo		Clave		Tipo	Fecha		Pago		
Pensión	Salud	Pago	Planilla	Planilla	Limite	Pago	Banco	Dias Mora	Valor
2026-07	2026-07	08346612	9508346612	I	2026/08/12	2026/08/13	BANCO AV VILLAS	1	$542,400

RESUMEN DE PAGO

RIESGO	CODIGO	NIT	DV	AFILIADOS	VALOR LIQUIDADO	INTERESES MORA	Fondo Solidaridad Pensional	Intereses de Mora Fondo Solidaridad	Fondo Subsistencia	Intereses de Mora Fondo Subsistencia	SALDOS E INCAPACIDADES	VAL
AFP (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$280,200	$300					$0	
COLPENSIONES	25-14	900,336,004	7	1	$280,200	$300	$0	$0	$0	$0	$0	
ARL (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$42,700	$100					$0	
ARL SURA	14-11	890,903,790	5	1	$42,700	$100	$0	$0	$0	$0	$0	
EPS (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$218,900	$200					$0	
SANITAS	EPS005	800,251,440	6	1	$218,900	$200	$0	$0	$0	$0	$0	
TOTAL				1	$541,800	$600	$0	$0	$0	$0	$0	

aportes en línea

Resumen General de Pago

LOR A PAGAR
$280,500
$280,500
$42,800
$42,800
$219,100
$219,100
$542,400

AV Villas

COMPROBANTE PAGO DE PLANILLA ASISTIDA PILA

Número identificación del Aportante / Pin Único	Valor a Pagar $:
39754439	542.400

Si usted va a realizar el pago con el número de Planilla, diligencie esta sección:

PAGO CON NÚMERO DE PLANILLA

Número de Planilla: 9 5 0 8 3 4 6 6 1 2

Si usted va a realizar el pago con Pin Único, diligencie esta sección:

PAGO CON PIN ÚNICO

Operador de Información: _____

Periodo de Cotización a Pagar: Año 2026 Mes 07

ESTIMADO CLIENTE:
VERIFIQUE QUE LA INFORMACIÓN IMPRESA EN EL COMPROBANTE SEA CORRECTA Y QUE EL VALOR REGISTRADO CORRESPONDA AL VALOR ORDENADO POR USTED. EL BANCO NO TENDRÁ COPIA DE ESTE FORMATO. EL SOPORTE DE LA TRANSACCIÓN SERÁ EL REGISTRO EN EL SISTEMA. RECUERDE QUE ÉSTE SERÁ EL ÚNICO SOPORTE FÍSICO DE SU TRANSACCIÓN. CONSÉRVELO PARA CUALQUIER VERIFICACIÓN.

CAP-PRO-083-V2

```
AVV 080 20260813 09:32 SC  46  LINEA   D
VR PAGADO:      542,400.00
NOMBRE:APORTES EN LINEA
CLAVE:9508346612                      0
ID:39754439
Fecha Aplicación:20260813   PIN:93245
Estimado cliente: Verifique los datos de
su pago. Después de retirarse de la
ventanilla no se aceptan reclamos.
```

Scanned with CamScanner

Homepage

Aumentar el contraste

UTC -5 12:44:04
LUZ STELLA VELASQ...

Búsqueda | Mis procesos | Menú | Ir a

Buscar...

Escritorio → Menú → Administración de contratos → **Ver contrato**

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_7631_2025_CUENTA_DE_COBRO_OCTUBRE_2025.pdf	PS_7631_2025_CUENTA_DE_COBRO_OCTUBRE_2025.pdf	Proveedor	Descargar	Detalle
☐	PS_7631_2025_CUENTA_DE_COBRO_NOVIEMBRE_2025.pdf	PS_7631_2025_CUENTA_DE_COBRO_NOVIEMBRE_2025.pdf	Proveedor	Descargar	Detalle
	PS_7631_2025_CUENTA_DE_COBRO_DICIEMBRE.pdf (Archivado)	PS_7631_2025_CUENTA_DE_COBRO_DICIEMBRE.pdf	Proveedor	Descargar	Detalle
☐	PS_7631_2025_CUENTA_DE_COBRO_DICIEMBRE._2025.pdf	PS_7631_2025_CUENTA_DE_COBRO_DICIEMBREE.pdf	Proveedor	Descargar	Detalle
	PS_7631_2025_ENERO_PLANILLAS.pdf (Archivado)	PS_7631_2025_ENERO_PLANILLAS.pdf	Proveedor	Descargar	Detalle
☐	PS_7631_2025_CUENTA_DE_COBRO_ENERO_2026.pdf	PS_7631_2025_CUENTA_DE_COBRO_ENERO_2026.pdf	Proveedor	Descargar	Detalle
☐	PS_7631_2025_CUENTA_DE_COBRO_FEBRERO_2026..pdf	PS_7631_2025_CUENTA_DE_COBRO_FEBRERO_2026..pdf	Proveedor	Descargar	Detalle
☐	PS_7631_2025_CUENTA_DE_COBRO_MARZO_2026..pdf	PS_7631_2025_CUENTA_DE_COBRO_MARZO_2026..pdf	Proveedor	Descargar	Detalle
☐	PS_7631_2025_CUENTA_DE_COBRO_ADICIONALES_FEBRERO.pdf	PS_7631_2025_CUENTA_DE_COBRO_ADICIONALES_FEBRERO.pdf	Proveedor	Descargar	Detalle
☐	COMUNICACION SUPERVISOR PS 7631 2025 8-5-26.pdf	COMUNICACION SUPERVISOR PS 7631 2025 8-5-26.pdf	Comprador	Descargar	Detalle
☐	PS_7631_2025_CUENTA_DE_COBRO_ABRIL_2026..pdf	PS_7631_2025_CUENTA_DE_COBRO_ABRIL_2026..pdf	Proveedor	Descargar	Detalle
☐	PS_7631_2025_CUENTA_DE_COBRO_MAYO_2026.pdf	PS_7631_2025_CUENTA_DE_COBRO_MAYO_2026.pdf	Proveedor	Descargar	Detalle
☐	PS_7631_2025_CUENTA_DE_COBRO_JUNIO_2026.pdf	PS_7631_2025_CUENTA_DE_COBRO_JUNIO_2026.pdf	Proveedor	Descargar	Detalle
	PS_7631_202_CUENTA_DE_COBRO_ADICIONALES_ABRIL.pdf (Archivado)	PS_7631_2025_CUENTA_DE_COBRO_ADICIONALES_ABRIL.pdf	Proveedor	Descargar	Detalle

☐	PS_7631_2025_CUENTA_DE_COBRO_ADICIONALES_MAYO.pdf	PS_7631_2025_CUENTA_DE_COBRO_ADICIONALES_MAYO.pdf	Proveedor	Descargar	Detalle
☐	PS_7631_2025_CUENTA_DE_COBRO_ADICIONALES__ABRIL.pdf	PS_7631_2025_CUENTA_DE_COBRO_ADICIONALES__ABRIL.pdf	Proveedor	Descargar	Detalle
☐	PS_7631_2025_CUENTA_DE_COBRO_ADICIONALES_JUNIO.pdf	PS_7631_2025_CUENTA_DE_COBRO_ADICIONALES_JUNIO.pdf	Proveedor	Descargar	Detalle
☐	PS_7631_2025_CUENTA_DE_COBRO_JULIO_2026.pdf	PS_7631_2025_CUENTA_DE_COBRO_JULIO_2026.pdf	Proveedor	Descargar	Detalle

Borrar Cargar nuevo

Cancelar

< Evaluación de la Entidad Estatal >

© VORTAL 2019 Términos de uso Normativa Soporte Remoto Ayuda Español (Colombia

018000-52-0808 www.colombiacompra.gov.co/soporte Lunes a Viernes 7:00 a.m. a 7:00 p.m.