| | | |
|---|---|---|
| | **ESE MUNICIPAL DE SOACHA JULIO CESAR PEÑALOZA** | |
| MACROPROCESO: APOYO | | CODIGO: A-RFGD-F 018 |
| PROCESO: RECURSOS FISICOS | **Formato:** **HOJA DE TRAZABILIDAD** | VERSION: 01 |
| SUBPROCESO: GESTION DOCUMENTAL | | FECHA: 28/03/2023 |

1. CONTRATO 0599

2. AREA: **ODONTOLOGIA**

3. CONTRATISTA Omaira Alejandra Avila.

COORDINADOR DE SEDE Y/O SECRETARIA

| | | OBSERVACIONES |
|---|---|---|
| COPIA CONTRATO | | |
| COPIA ACTA DE INICIO | | |
| INFORME DE ACTIVIDADES | | |
| PAGO S.G.S.S.S | | |
| CERT. BANCARIA | | |
| FOR. RETEFUENTE | | |
| INFORME Y/O ACTA DE ALMACEN | | |

**SUPERVISOR:**

| | | FECHA DE ENTREGA | FIRMA |
|---|---|---|---|
| CERTIFICADO DE SUPERVISION | | | |
| PAZ Y SALVO | | | |
| LIQUIDACION | | | |

| OBSERVACIONES | FECHA DE ENTREGA | FIRMA |
|---|---|---|
| | | |

**PRESUPUESTO:**

1847

| OBSERVACIONES | FECHA DE ENTREGA | FIRMA |
|---|---|---|
| | | |
| | FECHA DE ENTREGA | FIRMA |
| | | |

**CONTABILIDAD:**

| OBSERVACIONES | FECHA DE ENTREGA | FIRMA |
|---|---|---|
| | | |
| | FECHA DE ENTREGA | FIRMA |
| | | |

**TESORERIA:**

| OBSERVACIONES | FECHA DE ENTREGA | FIRMA |
|---|---|---|
| | | |
| | FECHA DE ENTREGA | FIRMA |
| | | |

**JURIDICA:**

| OBSERVACIONES | FECHA DE ENTREGA | FIRMA |
|---|---|---|
| | | |

| ELABORADO POR: | REVISADO POR: | APROBADO POR: |
|---|---|---|
| Lily Yohana Avila Referente Gestión Documental | Claudia Puello Castro Referente de Calidad | Maria Victoria Herrera Roa Gerente |

Soacha, 31 de julio de 2026
Número: 0599 **-1**

CUENTA DE COBRO

**EMPRESA DE SALUD ESE DEL MUNICIPIO DE SOACHA**

**JULIO CESAR PEÑALOZA**

NIT. 832.001.794-2 DEBE A:

**Omaira Alejandra Avila Beltran**
**CC. 1.024.474.951**

La suma de DOS MILLONES DOSCIENTOS MIL PESOS M/CTE ($2.200.000). Por concepto de prestación de servicios de apoyo a la gestión como higienista oral para la ESE MUNICIPAL DE SOACHA JULIO CESAR PEÑALOZA, correspondiente del 17 al 31 de julio, según contrato No. **0599** de 2026.

Favor Consignar a la cuenta de ahorros No. 17 54 96 934 de BBVA

Anexo planilla pago de seguridad social **93509780** cancelada el día 23 Julio 2026 de 2026

Omaira Alejandra Avila Beltran.

Omaira Alejandra Avila Beltran
Cedula: 1.024.474.951 de Teléfono. 3118175991
Dirección Domicilio calle 17 número 1- 89 Soacha
Teléfono. 311 817 59 91
alejandra_avila_beltran@hotmail.com

INFORME DE ACTIVIDADES
PERIODO DE EJECUCIÓN del 17 al 31 de julio de 2026

| | |
|---|---|
| **CONTRATISTA:** | Omaira Alejandra Avila Beltrán |
| FECHA DE ELABORACION | 31 de julio de 2026 |
| NUMERO CONTRATO: | 0599 de 2026 |
| **VIGENCIA DEL CONTRATO** | Desde el 17 de julio hasta 31 de agosto de 2026 |
| **VALOR TOTAL CONTRATO:** | **$4.400.000** |
| **VALOR A COBRAR PERIODO:** | **$2.200.000** |

| ITEM | ACTIVIDADES | DESARROLLO | EJECUCION |
|---|---|---|---|
| 1 | Cumplir con la atención de consulta de higiene oral de acuerdo a la agenda programada | Se da cumplimento a las agendas programadas | Ejecutado |
| 2 | Contribuir al cumplimiento de los objetivos estratégicos de la empresa. | Se da cumplimiento a los objetivos. | Ejecutado |
| 3 | Cumplir con las directrices instauradas para la institución en materia de calidad en la prestación del servicio. | Se cumple con la calidad en la prestación de los servicios | Ejecutado |
| 4 | Contribuir al desarrollo de los procesos asistenciales seguros: cumplimiento de la política de seguridad del paciente | Se da cumplimiento con el desarrollo de los procesos asistenciales | Ejecutado |
| 5 | Realizar sus productos contractuales en cumplimiento de los preceptos éticos y normativos vigentes, (en razón al tiempo planeado para tal fin por periodo mensual y concordante al cronograma de procesos establecidos) | Se cumple con los productos contractuales. | Ejecutado |
| 6 | Contribuir al desarrollo de estrategias orientadas al cumplimiento de la producción institucional. | Se da cumplimiento a la producción institucional. | Ejecutado |
| 7 | Participar en las actividades de reforzamiento técnico programadas por la institución. | No se programaron actividades ni capacitaciones | Ejecutado |
| 8 | Asistir a brigadas, campañas, programas y demás actividades que establezca la institución. | Estuve a disposición para desarrollar brigadas y actividades programadas por la ESE MUNICIPAL, pero no me fueron programadas | Ejecutado |
| 9 | Manejar con criterios de confidencialidad e intimidad la información de la historia clínica, diagnósticos médicos, y demás datos que sean suministrados por los pacientes y/o sus familias. | Maneje la confidencialidad que requiere la historia clínica y el paciente | Ejecutado |
| 10 | Participar de las estrategias que determine la institución para el desarrollo de sus procesos. | contribuí al desarrollo de estrategias orientadas al desarrollo y ejecución de las actividades | Ejecutado |
| 11 | Preparar el material y seguir con los protocolos establecidos para el uso del instrumental. | Organice de forma adecuada el material de trabajo | Ejecutado |

| | | | |
|---|---|---|---|
| 12 | Realización de acciones educativas en salud oral a todos los pacientes, así como aplicar fluoruros tópicos en sus diferentes formas, eliminar cálculos y tinciones dentales, colocar sellantes de fosetas y fisuras con técnicas no invasoras y realizar control y remoción de placa bacteriana. | Brinde educación en promoción y prevención a pacientes | Ejecutado |
| 13 | Diligenciar formato de actividades expedido por la entidad, el cual para soportar deberá contener firma por parte del usuario por cada actividad desarrollada e identificada en el mismo formato. | diligencié formatos de sisoc y reporte de consentimientos | Ejecutado |
| 14 | Cumplir a cabalidad con las actividades y capacitaciones planeadas por la empresa para lograr el objetivo del presente contrato. | No se programaron actividades ni capacitaciones | Ejecutado |
| 15 | Desarrollar actividades tendientes a desarrollar de manera efectiva la demanda en promoción y prevención siguiendo los lineamientos establecidos y entregando las evidencias correspondientes | Estuve a disposición para desarrollar brigadas y actividades programadas por la ESE MUNICIPAL, pero no me fueron programadas | Ejecutado |
| 16 | Tener la disposición para realizar rotaciones en las diferentes sedes de acuerdo a la necesidad del servicio prestado. | Realice rotación por las sedes san marcos y san mateo según programación | Ejecutado |
| 17 | Dar estricto cumplimiento al tiempo ofertado y ofrecido por el contratista en su propuesta, dada la planeación operativa, asistencial y de asignación de citas a los usuarios generada por la Empresa en razón a la misma. | Cumplí con los tiempos y agendas ofertadas | Ejecutado |
| 18 | Utilizar los elementos de protección reglamentarios para la realización de las actividades definidas en el objeto contractual. | Utilice los elementos de protección personal en la realización de mis actividades. | Ejecutado |
| 19 | Realizar demanda inducida a las actividades de protección específica y detección temprana de acuerdo a la normativa vigente. | realice demanda inducida a pacientes pendientes por atención de higiene oral | Ejecutado |
| 20 | Realizar actividades del plan de gestión documental como son: organización foliación y conservación de la documentación que tiene a cargo | Organicé y di ruta a la documentación que se maneja en el área | Ejecutado |
| 21 | Cargar los productos contractuales y demás soportes de actividades a los aplicativos definidos por la entidad. | Entregue documentación al día firmada y con sello | Ejecutado |
| 22 | Las demás Actividades que le sean asignadas y estén acordes con la naturaleza del objeto contractual | he estado a disposición para cumplir con las actividades asignadas | Ejecutado |

Omaira Alejandra Avila

**Omaira Alejandra Ávila Beltrán**

CC 1024474951 de Bogotá

Dr. Diego Alexander Hurtado C.
Odontólogo
Esp. Auditoría
RM 307 2014 USM

**Diego Alexander Hurtado**

Coordinador de Odontología

**DATOS DEL CONTRATISTA**

**Contrato No. 0599 - 2026**

CERTIFICACIÓN CON VIGENCIA DE: 1 JULIO DE 2026 A 31 AGOSTO 2026

NOMBRE: Omaira Alejandra Avila Beltran

CARGO: Prestar servicios como Higienista Oral para la E.S.E Municipal de Soacha

Julio Cesar Peñaloza

La presente declaración juramentada tiene vigencia durante el plazo de ejecución del contrato aquí relacionado.

**DECLARACIÓN JURAMENTADA PARA ACCEDER A LOS BENEFICIOS DE RETENCIÓN EN LA FUENTE AÑO 2026**

En mi nombre como aparece al pie de mi firma, certifico bajo la gravedad de juramento que de conformidad con lo establecido en el Decreto 099 de enero 25 de 2013, Artículo 3º. Parágrafo 4º., ____ (SI) __x__(NO) Soy declarante del Impuesto sobre la Renta. "Además de lo declarado anteriormente, manifiesto que soy conocedor de la responsabilidad de suministrar los documentos soportes oportunamente a la Empresa de Salud ESE del Municipio de Soacha, tales como: Certificaciones, declaraciones entre otros, y con ello acceder a los beneficios de carácter tributario contemplados en el decreto 1070 de mayo de 2013 y las modificaciones ajustadas según decreto 3032 de diciembre de 2013.

Además, si durante el resto del año fiscal llega a suceder que no pueda seguir cumpliendo todos los requisitos establecidos en el artículo 499 del Estatuto Tributario (Régimen Simplificado), en ese caso yo mismo le(s) daré en ese momento un nuevo aviso por escrito para que desde ese momento en adelante ya no se me aplique el procedimiento de retención de la Ley 1943 de **2018** y en cambio se me apliquen las retenciones tradicionales que apliquen según el tipo de servicio que les pueda seguir cobrando.

**CERTIFICACIÓN APORTES PARAFISCALES**

| SALUD | PENSIÓN | ARL | TOTAL |
|---|---|---|---|
| **$218,900** | **$280,200** | **$42.700** | **$541.800** |

Certifico bajo la gravedad del juramento que los documentos soportes del pago de aportes obligatorios al sistema de seguridad social en salud, pensión y ARL, son ciertos y corresponde a la liquidación mínima sobre la base de los ingresos provenientes del contrato, en cumplimiento del art. 18 de la ley 1122 de 2007 materia del pago sujeto a retención.

Favor Diligenciar con claridad y veracidad la totalidad de los espacios de este formulario.

Firma Contratistas: Firma: Omaira Alejandra Avila

Nombre: Omaira Alejandra Avila Beltran

C.C 1,024,474,951 **DE BTA.**

compensar mipianilla.com

# PLANILLA INTEGRADA DE AUTOLIQUIDACION DE APORTES



**DATOS DEL APORTANTE**

| TIPO | NUMERO | NOMBRE APORTANTE | DIRECCION | TELEFONO | CORREO | EXONERADO PAGO PARAFISCALES Y SALUD |
|---|---|---|---|---|---|---|
| CC | 102447495 | OMAIRA ALEJANDRA AVILA BELTRAN | Cll 1 89 San Juan | 3116175991 | alejita78466@gmail.com | |
| **FORMA PRESENTACION** | **CLASE APORTANTE** | **NOMBRE SUCURSAL** | **CODIGO** | **DEPARTAMENTO** | **CIUDAD / MUNICIPIO** | |
| UNICA | 1 – Independiente | | | CUNDINAMARCA | SOACHA | NO |

**DATOS DE LA PLANILLA**

| PLANILLA ASOCIADA | FECHA PAGO ASOCIADA (DIA/MES/AÑO) | NUMERO PLANILLA | FECHA PAGO (DIA/MES/AÑO) | CANTIDAD EMPLEADOS | CANTIDAD UPC |
|---|---|---|---|---|---|
| | | 93509780 | 23/07/2026 | | 0 |
| **PERIODO SALUD** | **PERIODO PENSION** | **TIPO PLANILLA** | **TOTAL NOMINA** | **TOTAL A PAGAR** | |
| 2026-07 | 2026-07 | | $0 | $541.800 | |

## TOTALES POR SUBSISTEMAS

**TOTALES SALUD**

| Código EPS | Nombre | NIT | Cotización Obligatoria | UPC Adicional | Incapacidades | | Licencia Maternidad | | Dias Mora | Valor Mora Cotización | Valor Mora UPC | Total a Pagar | No. Afiliados |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | | | | | No. Autorización | Valor | No. Autorización | Valor | | | | | |
| EPS002 | Sanitas EPS | 800251440-6 | 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 | Dias Mora | Valor Mora Cotización | Valor Mora FSP | Total a Pagar | No. Afiliados |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 23030 | 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 | Dias 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 | Vida Colpatria S.A. | 860002183-9 | 42.700 | | | | 42.700 | 0 | 0 | 42.700 | | | 427 | 42.700 | 1 |

**TOTALES CAJAS**

| Código CCF | Nombre | NIT | Valor Aporte | Dias Mora | Valor Mora Aporte | Total a Pagar | No. Afiliados |
|---|---|---|---|---|---|---|---|

**TOTALES PARAFISCALES**

| Valor Aporte | Dias 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 | 0 | 0 | 0 |
| ESAP | 0 | 0 | 0 |
| ICBF | 0 | 0 | 0 |
| MEN | 0 | 0 | 0 |
| SENA | 0 | 0 | 0 |
| **TOTALES** | 3 | 541.800 | 541.800 |

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

compensar miplanilla.com

# PLANILLA INTEGRADA DE AUTOLIQUIDACION DE APORTES



| DATOS DEL APORTANTE | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|
| TIPO | NUMERO | NOMBRE APORTANTE | DIRECCION | TELEFONO | CORREO | EXONERADO PAGO PARAFISCALES Y SALUD |
| CC | 102447495 | OMAIRA ALEJANDRA AVILA BELTRAN | Cll17 1 85 San Juar | 3118175991 | alejita78466@gmail.com | |
| FORMA PRESENTACION | CLASE APORTANTE | NOMBRE SUCURSAL | CODIGO | DEPARTAMENTO | CIUDAD / MUNICIPIO | |
| UNICA | I – Independiente | | | CUNDINAMARCA | SOACHA | NO |

| DATOS DE LA PLANILLA | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| PLANILLA ASOCIADA | FECHA PAGO ASOCIADA (DIA/MES/AÑO) | NUMERO PLANILLA | FECHA PAGO (DIA/MES/AÑO) | CANTIDAD EMPLEADOS | CANTIDAD UPC |
| | | 9350978( | 23/07/202( | | ( |
| PERIODO SALUD | PERIODO PENSION | TIPO PLANILLA | TOTAL NOMINA | TOTAL A PAGAR | |
| 2026-07 | 2026-07 | I | $( | $541.80( | |

## ETALLE POR COTIZANTE

| INFORMACION COTIZANTE | | | | | | INFORMACION NOVEDADES | | | | | | | | | | | | | | PENSION | | | | | | | SALUD | | | | RIESGOS LABORALES | | | | | CCF | | | PARAFISCALES | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| Tipo y Numero de Identificacion | Apellidos y Nombres | Cotizante | Cod Depto | Cod Mpio | Clase Trabajador | Dominical | ING | RET | TDE | TAE | TDP | TAP | VSP | COR | VST | SLN | IGE | LMA | VAC | LRP | AVP | VCT | IRL | CORRECCION | Cód. AFP | IBC AFP | Días | Cotizacion | Voluntario Afiliado | Voluntario Aportante | Fondo pensional de solidaridad | Fondo pensional de subsistencia | Cód. EPS | IBC EPS | Días | Cotizacion / Valor UPC | Cód. ARL | IBC ARL | Riesgo | Clase de Riesgo | Cotizacion | Código CCF | IBC CCF | Días | Aporte CCF | IBC otros parafiscales | Aporte SENA | Aporte ICBF | Aporte ESAP | Aporte MEN |
| CC 102447495 | AVILA BELTRAN OMAIRA ALEJANDRA | 5 | ( | | N | | | | | | | | | | | | | | | 23030 | 1.750.90( | 30 | 280.20( | ( | 0 | ( | ( | EPS00( | 1.750.90( | 30 | 218.90( | 14-4 | 1.750.90( | 30 | 3 | 42.70( | | ( | ( | ( | ( | ( | ( | ( | ( |

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

| | | |
|---|---|---|
| | **EMPRESA DE SALUD ESE DEL MUNICIPIO DE SOACHA JULIO CESAR PEÑALOZA** | |
| **MACROPROCESO: APOYO** | **EVALUACIÓN EJECUCIÓN CONTRATOS DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS** | **CÓDIGO: A-TH-EECPS-F 001** |
| **PROCESO: GESTION DE TALENTO HUMANO** | | **VERSIÓN: 1** |
| **SUBPROCESO: TALENTO HUMANO** | | **FECHA: 01/04/2025** |

| | |
|---|---|
| **FECHA DE LA EVALUACIÓN** | |
| **NOMBRE DEL EVALUADO** | Omaira Alejandra Avila. |
| **OBJETO DEL CONTRATO DEL EVALUADO** | |
| **NOMBRE DEL SUPERVISOR DEL EVALUADO** | |

**CRITERIOS DE EVALUACIÓN**

**La puntuación de la evaluación es de 1 a 5**

**Cada ítem tiene una puntuación de 0.5 máximo**

**PARÁMETROS DE EVALUACIÓN**

| | **ACTIVIDAD** | **CUMPLIMIENTO** | **OBSERVACIONES** |
|---|---|---|---|
| 1 | **Tiempo de ejecución labores:** Cumple los tiempos en los que debe ejecutar sus actividades, según corresponda a las agendas programadas, atención a usuarios internos, externos, al público en general | 0.35 | |
| 1.1 | Asiste a las reuniones y actividades convocadas. | | |
| 2 | **Oportunidad y Calidad en la entrega de productos y tareas asignadas:** Entrega cuando le es solicitado los productos. | 0.35 | |
| 2.1 | Entrega con calidad los productos derivados del cumplimiento de sus actividades contractuales | | |
| 3 | **Relaciones interpersonales:** Es buen compañero y/o líder, tiene la oportunidad de hablar con él (o ella) y compartir, . | 0.34 | |
| 3.1 | No genera conflictos dentro de la empresa | | |
| 3.2 | Comparte sus conocimientos con los demás | | |
| 3.3 | Se comunica adecuada y asertivamente con las demás personas (pide favores y da "órdenes" de una manera correcta) | | |
| 3.4 | Aplica las normas de cortesía que deben regir las relaciones en la entidad | | |
| 4 | **Conocimientos para ejecutar sus actividades:** Cumple adecuadamente y en aplicación de las normas, los procesos y procedimientos sus actividades. | 0.3 | |
| 4.1 | Se esmera por capacitarse y actualizarse en el cumplimiento de las mismas. | | |
| 5 | **Cumplimiento código vestuario:** Cumple con las normas de vestimenta, presentación personal e higiene socializados en la Circular 005 de 13 de febrero de 2025 | 0.34 | |
| | **Seguimiento de los parámetros establecidos respecto a la adopción de comportamientos seguros y al uso de** | | |

| **ELABORADO POR** | **REVISADO POR** | **APROBADO POR** |
|---|---|---|
| TATIANA MEDINA GARCIA<br>Referente de Talento Humano<br>CHARLES GONZALEZ Referente Gestión Documental | SANDRA MILENA BAITEN CORONADO<br>Referente de Calidad | WALDETRUDES AGUIRRE RAMIREZ<br>Gerente |

| | | | |
|---|---|---|---|
| | **EMPRESA DE SALUD ESE DEL MUNICIPIO DE SOACHA JULIO CESAR PEÑALOZA** | | |
| **MACROPROCESO: APOYO** | **EVALUACIÓN EJECUCIÓN CONTRATOS DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS** | **CÓDIGO: A-TH-EECPS-F 001** | |
| **PROCESO: GESTION DE TALENTO HUMANO** | | **VERSIÓN: 1** | |
| **SUBPROCESO: TALENTO HUMANO** | | **FECHA: 01/04/2025** | |

| | | | |
|---|---|---|---|
| **6** | **distintivos institucionales:** Usa los elementos de protección personal. | | |
| **6.1** | Hace buena disposición de los residuos que genera | 0.3 | |
| **6.2** | Desarrolla las actividades de acuerdo con los procedimientos de trabajo | | |
| **6.3** | Hace uso de los elementos distintivos institucionales como chaqueta y carné, cumpliendo los parámetros establecidos | | |
| **7** | **Conocimientos de la empresa:** Contribuye con el conocimiento de la plataforma estratégica institucional (Misión, visión y valores corporativos) de la empresa. | | |
| **7.1** | Asume una posición de pertenencia, respeta y atiende con voluntad las indicaciones y órdenes de sus supervisores, demuestra satisfacción con su trabajo | 0.33 | |
| **8** | **Atención al cliente interno y externo:** Realiza sus actividades sin inconvenientes, manteniendo buena relación con los usuarios internos y externos | | |
| **8.1** | Demuestra una capacidad resolutiva ante las necesidades de estos | 0.35 | |
| **9** | **Desempeño y compromiso con el sistema de gestión Integral.** El contratista aplica los procedimientos del Sistema de Gestión Integral (Calidad, Seguridad y Salud en el trabajo y ambiental) | 0.33 | |
| **9.1** | Cumple con sus actividades y responsabilidades en forma apropiada y evidencia su compromiso con la (s) política (s), objetivos de la empresa y otros. | | |
| **10** | **Cumplimiento de actividades y responsabilidades.** Cumple lo pactado contractualmente de manera proactiva o requiere frecuentes recordatorios de las actividades y deberes asignados en los tiempos requeridos. | 0.34 | |
| **TOTAL = Sumatoria de los parámetros evaluados** | | 3.33 | |
| **% Evaluación ejecución contractual: puntaje de 1 a 5**<br><br>**Deficiente: 0 a 2.9**<br>**Satisfactorio:3.0 a 3.5**<br>**Sobresaliente:3.6 a 5** | | | |
| **ASPECTOS POR MEJORAR:** | | | |
| **ACCIÓN A TOMAR:** | | | |

Omaira Alejandra Avila.

Nombre y Firma del Evaluado

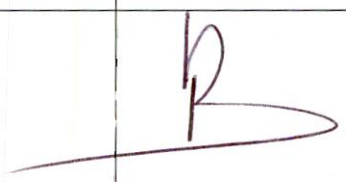
Nombre y Firma del Evaluador

| ELABORADO POR | REVISADO POR | APROBADO POR |
|---|---|---|
| TATIANA MEDINA GARCIA<br>Referente de Talento Humano<br>CHARLES GONZALEZ Referente Gestión Documental | SANDRA MILENA BATTEN CORONADO<br>Referente de Calidad | WALDETRUDES AGUIRRE RAMIREZ<br>Gerente |

| E.S.E. Municipal de Soacha Julio César Peñaloza | E.S.E. MUNICIPAL DE SOACHA JULIO CESAR PEÑALOZA | |
|---|---|---|
| MACROPROCESO: APOYO | Formato: INFORME DE SUPERVISIÓN CONTRACTUAL PERSONA NATURAL | CODIGO:A-JURCON-F 002 |
| PROCESO: GESTIÓN JURIDICA | | VERSION: 01 |
| SUBPROCESO: CONTRATACIÓN | | FECHA: 26/11/2021 |

| | | |
|---|---|---|
| **FECHA DE ELABORACIÓN** | Agosto 01 del 2026 | |
| **CONTRATO No.** | 599-2026 | |
| **CONTRATISTA** | **OMAIRA ALEJANDRA AVILA BELTRAN** | |
| **IDENTIFICACIÓN** | 1.024.496.430 | |
| **OBJETO CONTRACTUAL** | PRESTACIÓN DE SERVICIOS COMO HIGIENISTA ORAL PARA LA ESE MUNICIPAL DE SOACHA JULIO CESAR PEÑALOZA | |
| **FECHA DE INICIO** | 17/07/2026 | |
| **FECHA DE TERMINACION** | 31/08/2026 | |
| **VALOR DEL CONTRATO** | $4.400.000 | |
| **PERIODO FACTURADO** | Del 17 al 31 de Julio 2026 | |
| **VALOR A GIRAR** | $2.200.000 | |
| **VALOR A LIQUIDAR** | $0 | |
| **LUGAR DE EJECUCIÓN CONTRACTUAL** | Compartir | |
| **ACTIVIDADES EJECUTADAS** | El contratista desarrollo a satisfacción las actividades correspondientes al objeto contractual. | |
| **OBSERVACIÓN** | El contratista allega la planilla de seguridad social No.93509780<br>Pagada 23/07/2026, cuenta de cobro No 01 e informe de actividades. | |
| **INFORMACION DE PLANILLA** | IBC | $1.750.905 |
| | No DE PLANILLA | 93509780 |

| ELABORADO POR | REVISADO POR | APROBADO POR |
|---|---|---|
| Héctor Andrés Cendales Molano<br>Subgerente Administrativo y Financiero | Yeni Escobar Peñaloza<br>Líder de Calidad<br>Julia Andrea De Ávila Heredia<br>Jefe de la Oficina Asesora de Planeación y Gestión Interna | María Victoria Herrera Roa<br>Gerente |

| | | |
|---|---|---|
| | VALOR PAGADO PENSION | $280.200 |
| | VALOR PAGADO SALUD | $218.900 |
| | VALOR PAGADO ARL | $42.700 |
| **RELACION DE PAGOS** | VALOR CONTRATADO | $4.400.000 |
| | VALOR PAGADO A LA FECHA | $0 |
| | VALOR A GIRAR | $2.200.000 |
| | SALDO POR EJECUTAR | $2.200.000 |
| **NOMBRE Y CARGO DEL SUPERVISOR** | **RODOLFO RAFAEL MIRANDA RIVERA**<br>**Subgerencia de servicios de salud** | |
| **FIRMA SUPERVISOR** |  | |

| E.S.E. Municipal de Soacha Julio César Peñaloza | E.S.E. MUNICIPAL DE SOACHA JULIO CESAR PEÑALOZA | |
|---|---|---|
| MACROPROCESO: APOYO | Formato: CERTIFICACIÓN DE SUPERVISIÓN CONTRACTUAL PERSONA NATURAL | CODIGO: A-JURCON-F 005 |
| PROCESO: GESTIÓN JURIDICA | | VERSION: 01 |
| SUBPROCESO: CONTRATACIÓN | | FECHA: 26/11/2021 |

## CERTIFICA QUE:

El o la señor(a), **OMAIRA ALEJANDRA AVILA BELTRAN** con identificado con cedula de ciudadanía número 1.024.474.951 ejecuto la prestación de servicios según contrato No 599-2026, las actividades realizadas durante el periodo laborado del 17 al 31 de Julio 2026, durante el cual ejecuto el objeto contractual pactado y las obligaciones del mismo de acuerdo al informe del contratista y los documentos que así lo soportan.

Durante el periodo de certificación, el contratista ejecuto la prestación de los servicios contratados en un porcentaje de 100% por lo tanto se sugiere el pago correspondiente de $ 2.200.000

Soacha, 01 de Agosto 2026

**RODOLFO RAFAEL MIRANDA RIVERA**

**Subgerente de Servicios de salud**

| ELABORADO POR | REVISADO POR | APROBADO POR |
|---|---|---|
| Héctor Andrés Cendales Molano<br>Subgerente Administrativo y Financiero | Yeni Escobar Peñaloza<br>Líder de Calidad<br>Julia Andrea De Ávila Heredia<br>Jefe de la Oficina Asesora de Planeación y Gestión Interna | María Victoria Herrera Roa<br>Gerente |

# E.S.E MUNICIPAL DE SOACHA JULIO CESAR PEÑALOZA

## 832.001.794 - 2

### CUENTA POR PAGAR: 22721

**Estado:** Confirmado
**Fecha de la CXP:** 6/08/2026
**Tercero:** Cédula de ciudadanía - 1024474951 - OMAIRA ALEJANDRA AVILA BELTRAN
**Proveedor:** 1024474951 - OMAIRA ALEJANDRA AVILA BELTRAN
**Cuenta contable:** 24905501 - SERVICIOS
**Disponibilidad:** 1628 **Compromiso:** 1847 **Obligación:** 2512
**Factura:** DS0000015826 **Fecha:** 6/08/2026 **Plazo:**
**Valor:** $2,178,000
**Valor en letras:** DOS MILLONES CIENTO SETENTA Y OCHO MIL PESOS CON CERO CTVS M/Cte.
**Observaciones:** PRESTACIÓN DE SERVICIOS COMO HIGIENISTA ORAL
PAGO: DEL 17 AL 31 DE JULIO DE 2026
CONTRATO DEL 2026 No. 599
**Detalle compromiso:** Contrato No. 599 Pago servicio de apoyo como higienista oral
**Detalle comprobante:**

| CONCEPTOS | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| | Cuenta contable | Base | Centro de costos | Naturaleza | Valor |
| 033 | 73120204 - SERVICIOS | | | Debito | $2,200,000.00 |
| 079 | 24362709 - SERVICIOS (RETEICA) 10 X MIL | $2,200,000.00 | | Credito | $22,000.00 |

| CUOTAS | | |
|---|---|---|
| N° Cuota | Fecha de vencimiento | Valor |
| 1 | 06/08/2026 | $2,178,000.00 |

| Codigo y nombre del rubro | Codigo y nombre del tipo de gasto | Valor |
|---|---|---|
| | | $0.00 |

ELABORO: JOSE CIRO PINTO GOMEZ

# E.S.E MUNICIPAL DE SOACHA JULIO CESAR PEÑALOZA
# 832001794

## OBLIGACION
2512

**Estado:** Confirmado
**Fecha:** 6/08/2026 11:25:43 AM
**CDP:** 1628
**RP:** 1847
**Tercero:** 1024474951 - OMAIRA ALEJANDRA AVILA BELTRAN
**Documento:** DS0000015826
**Observaciones:** PRESTACIÓN DE SERVICIOS COMO HIGIENISTA ORAL
PAGO: DEL 17 AL 31 DE JULIO DE 2026
CONTRATO DEL 2026 No. 599

**RUBROS**

| Código | Nombre | Recurso | Tipo de Gasto | Valor | Debito | Credito | Total Final |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 2.4.5.02.09.01 | SERVICIOS PARA LA COMUNIDAD, SOCIALES Y PERSONALES | 001 - RECURSOS CORRIENTES | 2.4 - GASTOS DE OPERACION | $2,200,000.00 | $0.00 | $0.00 | $2,200,000.00 |
| | | | **Total Obligacion :** | **$2,200,000.00** | | | **$2,200,000.00** |



LICENCIADO A: [E.S.E MUNICIPAL DE SOACHA JULIO CESAR PEÑALOZA] NIT [832001794-2]

SOACHA 12 08 2026 $ 2.178.000,00

OMAIRA ALEJANDRA AVILA BELTRAN - Documento No.: 1024474951

DOS MILLONES CIENTO SETENTA Y OCHO MIL PESOS CON CERO CTVS M/Cte.

**E.S.E MUNICIPAL DE SOACHA JULIO CESAR PEÑALOZA**
**832001794**

Fecha Actual : jueves, 13 agosto 2026
Página 1/1

# COMPROBANTE DE EGRESO
# Número : 000000000024734

| | | | |
|---|---|---|---|
| Consecutivo : | 000000000024734 | Estado : | Confirmado |
| Fecha del Egreso : | 12/08/2026 3:24:16 p. m. | Valor : | $ 2.178.000,00 |
| Beneficiario | 1024474951 AVILA BELTRAN OMAIRA ALEJANDRA | | |
| Detalle : | Egreso Generado por la Dispersion 00000001309 | *Numero Nota:* | 00000001309 |
| Valor en Letras | DOS MILLONES CIENTO SETENTA Y OCHO MIL PESOS CON CERO CTVS M/Cte. | | |

DATOS DEL PAGO EN CHEQUE

| | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| Banco | BANCOLOMBIA | | | | |
| Numero : | | Consignar : | 08/12/2026 | Impuesto X Mil : | $ 0,00 |

DETALLE DEL MOVIMIENTO

| CONCEPTO | TERCERO | CUENTA | DEBITO | CREDITO |
|---|---|---|---|---|
| BANCOLOMBIA CTA.CTE 4631 | 1024474951 | 11100501 | $ 0,00 | $ 2.178.000,00 |
| COMODIN | 1024474951 | 24905501 | $ 2.178.000,00 | $ 0,00 |
| Egreso Generado por la Dispersion 00000001309 | | | | |

FACTURAS AFECTADAS

| Factura | Valor | Factura | Valor | Factura | Valor |
|---|---|---|---|---|---|
| DS0000015826 | $ 2.178.000,00 | | | | |

ORDEN DE PAGO GENERADA

| Consecutivo | Fecha | Rubro | Nombre | Recurso | Valor |
|---|---|---|---|---|---|
| 2469 | 20260812 | 2.4.5.02.09.01 | SERVICIOS PARA LA COMUNIDAD, SOCIALES Y PERSONALES | 001 - RECURSOS CORRIENTES | $ 2.200.000,00 |

| PREPARADO | REVISADO | APROBADO | CONTABILIZADO | FIRMA Y SELLO DEL BENEFICIARIO |
|---|---|---|---|---|
| | | | | |

Elaboró. :AD1073691569 DORA ESTEFANIA ACERO RUIZ

Nombre reporte : TSRPComprobanteEgresoCheque

Usuario Id. :AD1073691569

LICENCIADO A: [E.S.E MUNICIPAL DE SOACHA JULIO CESAR PEÑALOZA] NIT [832001794-2]

Bancolombia

Sucursal Virtual Negocios

Emp. De Salud Soacha - Nit: 832001794
Viernes, 14 de agosto de 2026, 8:03:01 a.m.

Número del registro
**9**

Fecha de aplicación
**12 Ago 2026**

Nombre del destinatario
**Omaira Avila**

Identificación destinatario
**1024474951**

Producto destino
**175 - 4969 - 34**

Tipo de producto
**Cuenta de ahorros**

Banco
**Banco Bbva**

Valor
**COP $ 2.178.000,00**

Estado del pago
**Exitoso**

Código
**OKB**

Descripción
**Pago exitoso y abonado en cuenta de otro banco.**

Referencia
**9 9**

VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA



Dirección IP: 38.52.157.45