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: (30-09-2026)					
NOMBRES Y APELLIDOS:	**MARIA JULIANA RODRIGUEZ VARGAS**			**CC:**	**1000626906**
CORREO ELECTRÓNICO:	**m.julianarodriguezv@gmail.com**			**TELÉFONO:**	**3108663129**
DIRECCIÓN DOMICILIO:	**CL 32A SUR 13 24**			**CIUDAD:**	**BOGOTA**
BANCO AL CUAL CONSIGNAR:	**BANCO DAVIVIENDA S.A.**	**TIPO DE CUENTA:**	**AHORROS**	**N° CUENTA:**	**0570488473653084**
DATOS DEL CONTRATO O ADICION Y PERIODO OBJETO DE PAGO					
Nº DEL CONTRATO:	**PS 4645 2026**	**VALOR CORRESPONDIENTE AL PERIODO OBJETO DE COBRO**			**$ 4.327.312**
FECHA DE INICIO CONTRATO	**2026/08/03**	**FECHA DE TERMINACIÓN CONTRATO:**			**2026/10/31**
PERIODO OBJETO DE COBRO:	**DEL 2026/09/01 AL 2026/09/30**				

MARIA JULIANA RODRIGUEZ VARGAS
PS_4645_2026_72AE8A

NOMBRE Y FIRMA DEL CONTRATISTA:
MARIA JULIANA RODRIGUEZ VARGAS
CC: 1000626906
CEL: 3108663129

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 JULIANA RODRIGUEZ VARGAS			
	CON C.C N°	**1.000.626.906**	
OBJETO DEL CONTRATO:	PRESTAR SERVICIOS COMO PROFESIONAL SOCIAL 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 4645 2026**	**FECHA INICIO CONTRATO**	**2026/08/03**
VALOR INICIAL DEL CONTRATO	$ 4.335.040	**No. HORAS EJECUTADAS**	**184**
VALOR TOTAL DEL CONTRATO INCLUIDO ADICIONES:	$ 12.981.936	**VALOR DE HONORARIOS PERÍODO A CERTIFICAR:**	$ 4.327.312
PLAZO DEL CONTRATO INCLUYENDO PRORROGAS	TRES (3) MESES		
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: Presté mis servicios de manera oportuna y con calidad en el desarrollo de mis actividades contractuales realizando posicionamiento del modelo Territorial de salud MAS Bienestar en los diferentes espacios tanto sectoriales, interlocales, y comunitarios. De igual manera, gestioné y me articulé con diferentes actores locales y comunitarios para garantizar la sostenibilidad de las acciones de los EMBH en los diferentes sectores catastrales indicados y en las zonas con dinámicas especiales priorizadas. 1.2 Productos (evidencia): Actas soporte de los encuentros donde se da a conocer el modelo territorial de salud a dichos actores relevantes del territorio, organizaciones de base comunitaria y otros, actas soporte de los espacios Inter locales de promoción de gestión integral del riesgo, actas soporte (con fotografías u otros) de los encuentros en que se compartan experiencias exitosas con actores claves (líderes, comunidad o usuarios atendidos), actas soporte de los acompañamientos realizados a las veedurías.
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: Realice entrega y presentación del cronograma de actividades que desarrollé durante el mes, así como la presentación del informe correspondiente a las acciones de gestión y ejecución realizada durante el mes. 2.2 Productos (evidencia): Informe técnico de los casos, donde se requirió y gestiono el acompañamiento intersectorial, documento de soporte con las propuestas presentadas a la coordinación; con un resumen de gestión y ejecución.
3	Obligación 3: VERIFICAR Y ENTREGAR LOS SOPORTES Y PRODUCTOS REALIZADOS QUE SE SOLICITE CONFORME A LOS ANEXOS Y LINEAMIENTOS DISPUESTOS POR LA SDS VALIDANDO CALIDAD Y VERACIDAD DE LOS MISMOS. 3.1 Actividades desarrolladas: Verifiqué y entregué los productos, soportes, actas, informes, matrices conforme a los anexos y lineamientos dispuestos, garantizando calidad y veracidad en los mismos. 3.2 Productos(evidencia): Directorio de Organizaciones de Base Comunitarias y actores sociales relevantes a modo de Mapa de Actores. Actas soporte de los encuentros donde se da a conocer el modelo territorial de salud a dichos actores relevantes del territorio, organizaciones de base comunitaria y otros Actas soporte de los espacios Inter locales de promoción de gestión integral del riesgo. Documento de soporte con las propuestas presentadas a la coordinación; con un resumen de gestión y ejecución. Actas soporte (con fotografías u otros) de los encuentros en que se compartan experiencias exitosas con actores claves (líderes, comunidad o usuarios atendidos). Soportes (acta de la sesión y resultados individualizados de las evaluaciones previas y posteriores) de las sesiones de orientación técnica en prescripción social dentro de los espacios de fortalecimiento de competencias de los dinamizadores. Actas de socialización de la oferta de servicios de la prescripción social. Matriz con las zonas identificadas. Matriz de las zonas a las cuales se pudo tener acceso. Informe técnico de los casos, donde se requirió y gestiono el acompañamiento intersectorial. Directorio de veedores comunitarios a cargo. Actas soporte de los acompañamientos realizados a las veedurías 3 Informe de gestión de veeduría a los EMBH
	Obligación 4. DAR RESPUESTA A LAS CONTINGENCIAS GENERADAS POR SDS A NIVEL DISTRITO, ASÍ COMO LA DISPONIBILIDAD Y EJECUCIÓN DE LAS MISMAS. 4.1 Actividades desarrolladas: Di respuesta a las contingencias generadas por SDS de manera oportuna para su ejecución. 4.2 Productos (evidencias): Actas de asistencia y participación en las acciones indicadas por SDS para dar respuesta a las contingencias generadas

4	durante el mes.
5	Obligación 5. PARTICIPAR Y/O REALIZAR INDUCCIÓN Y RE-INDUCCIÓN TALENTO HUMANO A CARGO ACORDE CON LOS ANEXOS Y LINEAMIENTOS TÉCNICOS DEL CONVENIO MAS BIENESTAR EN TU HOGAR SUSCRITO ENTRE EL FDS Y LA SUBRED. 5.1 Actividades desarrolladas: Participé en el espacio de reinducción al talento humano convocado por los líderes de EMBH. 5.2 Productos (evidencias): Firma del acta de asistencia
6	Obligación 6: 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 INEAMIENTOS TÉCNICOS DEL CONVENIO MAS BIENESTAR EN TU HOGAR VIGENTE Y SUSCRITO ENTRE EL FDS Y LA SUBRED. 6.1 Actividades desarrolladas: Realicé revisión, verificación, alistamiento y entrega de cada uno de los formatos, documentos, bases e informes generados como resultado de las acciones e intervenciones realizadas durante el mes dando cumplimiento a los anexos y lineamientos técnicos garantizando la calidad en cada uno de estos entregables. 6.2 Productos (evidencias): Directorio de Organizaciones de Base Comunitarias y actores sociales relevantes a modo de Mapa de Actores. Actas soporte de los encuentros donde se da a conocer el modelo territorial de salud a dichos actores relevantes del territorio, organizaciones de base comunitaria y otros Actas soporte de los espacios Inter locales de promoción de gestión integral del riesgo. Documento de soporte con las propuestas presentadas a la coordinación; con un resumen de gestión y ejecución. Actas soporte (con fotografías u otros) de los encuentros en que se compartan experiencias exitosas con actores claves (líderes, comunidad o usuarios atendidos). Soportes (acta de la sesión y resultados individualizados de las evaluaciones previas y posteriores) de las sesiones de orientación técnica en prescripción social dentro de los espacios de fortalecimiento de competencias de los dinamizadores. Actas de socialización de la oferta de servicios de la prescripción social. Matriz con las zonas identificadas. Matriz de las zonas a las cuales se pudo tener acceso. Informe técnico de los casos, donde se requirió y gestiono el acompañamiento intersectorial. Directorio de veedores comunitarios a cargo. Actas soporte de los acompañamientos realiza realizados a las veedurías. Informe de gestión de veeduría a los EMBH.
7	Obligación 7: VERIFICAR Y HACER LA NOTIFICACIÓN LOS EVENTOS DE INTERÉS EN SALUD PÚBLICA DETECTADOS EN CADA UNA DE SUS INTERVENCIONES REALIZADAS POR EL CONVENIO. 7.1 Actividades desarrolladas: Activé y notifiqué los eventos de interés en salud pública detectados en cada una de mis intervenciones, Me aseguré de que los eventos fueran notificados de manera oportuna y precisa, realicé notificación oportuna a los subsistemas de acuerdo a la necesidad. 7.2 productos (evidencias): reporte de fichas de notificación por los canales requeridos.
8	Obligación 8: 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 EN TU HOGAR SUSCRITO ENTRE EL FDS Y LA SUBRED. 8.1 Actividades desarrolladas: Asistí y participé en las asistencias técnicas convocadas por SDS de acuerdo a los procesos asignados a mi perfil. 8.2 productos (evidencias): Firma de acta de la asistencia técnica del mes.
9	Obligación 9: APOYAR EN LA ORGANIZACIÓN DEL ARCHIVO DE LA DOCUMENTACIÓN GENERADA DE ACUERDO A LA NORMATIVIDAD Y TABLA DE RETENCIÓN DOCUMENTAL. 9.1 Actividades desarrolladas: Participé y apoyé en el proceso de organización y gestión documental. 9.2 Productos (evidencias): Firma de acta de asistencia y apoyo a la organización del archivo documental
10	Obligación 10: REALIZAR LAS DEMÁS OBLIGACIONES QUE SE RELACIONEN CON EL OBJETO DEL CONTRATO Y QUE SEAN REQUERIDAS POR LA SUPERVISIÓN. 10.1 Actividades desarrolladas: Realicé y desarrollé las actividades y obligaciones que se me direccionaron, las cuales están relacionadas con el objeto de mi contrato. 10.2 Productos (evidencia): Consolidación de base de datos de líderes locales. Actualización de directorio de organizaciones de base comunitaria. Acta de socialización y planes de acción para el fortalecimiento de zonas con dinámicas especiales.
11	Obligación 11: ENTREGAR BAJO SUPERVISIÓN DE CALIDAD LOS PRODUCTOS SUJETOS DE AUDITORÍA. 11.1 Actividades desarrolladas: Realice entrega oportuna y con calidad de los productos sujetos a proceso de auditoría. 11.2 Productos (evidencias): Directorio de Organizaciones de Base Comunitarias y actores sociales relevantes a modo de Mapa de Actores. Actas soporte de los encuentros donde se da a conocer el modelo territorial de salud a dichos actores relevantes del territorio, organizaciones de base comunitaria y otros Actas soporte de los espacios Inter locales de promoción de gestión integral del riesgo. Documento de soporte con las propuestas presentadas a la coordinación; con un resumen de gestión y ejecución. Actas soporte (con fotografías u otros) de los encuentros en que se compartan experiencias exitosas con actores claves (líderes, comunidad o usuarios atendidos). Soportes (acta de la sesión y resultados individualizados de las evaluaciones previas y posteriores) de las sesiones de orientación técnica en prescripción social dentro de los espacios de fortalecimiento de competencias de los dinamizadores. Actas de socialización de la oferta de servicios de la prescripción social. Matriz con las zonas identificadas. Matriz de las zonas a las cuales se pudo tener acceso. Informe técnico de los casos, donde se requirió y gestiono el acompañamiento intersectorial. Directorio de veedores comunitarios a cargo. Actas soporte de los acompañamientos realizados a las veedurías. Informe de gestión de veeduría a los EMBH.
12	Obligación 12: REDACTAR LOS INFORMES DE GESTIÓN CORRESPONDIENTES SUJETOS DE AUDITORÍA. 12.1 Actividades desarrolladas: Realicé los informes de gestión que están sujetos a proceso de auditoría. 12.2 Productos (evidencia): Documento de soporte con las propuestas presentadas a la coordinación; con un resumen de gestión y ejecución. Informe de gestión de veeduría a los EMBH
	Obligación 13: SUPERVISAR EL CUMPLIMIENTO DE LAS ACTIVIDADES PROPUESTAS EN EL MARCO DEL CUMPLIMIENTO OPERATIVO DEL CONVENIO MÁS BIENESTAR EN TU HOGAR. 13.1 Actividades desarrolladas: Supervisé el cumplimiento de las actividades propuestas en el marco del cumplimiento operativo del convenio MAS BIENESTAR EN TU HOGAR.

13	13.2 Productos (evidencia): Actas de las reuniones de planeación y acompañamiento en la ejecución de las actividades en sectores catastrales priorizados
14	Obligación 14: ASISTENCIA A LAS REUNIONES Y COMITÉS CITADOS POR LA SDS Y EL CONVENIO MAS BIENESTAR EN TU HOGAR. 14.1 Actividades desarrolladas: Asistí y participé oportuna y activamente en las reuniones y comités citados por la SDS y el convenio MAS BIENESTAR EN TU HOGAR. 14.2 Productos (evidencias): Firmas de actas de asistencia a reuniones y comités programados
15	Obligación 15: PLANIFICAR, DIRIGIR Y/O PARTICIPAR EN LOS ESPACIOS DE FORTALECIMIENTO TÉCNICO DEL TALENTO HUMANO OPERATIVO. 15.1 Actividades desarrolladas: Participé en los espacios de fortalecimiento técnico programados en el mes, mediante la socialización al talento humano del portafolio de servicios en prescripción social ofertado en las áreas de gestión territorial. 15.2 Productos (evidencias): Soportes (acta de la sesión y resultados individualizados de las evaluaciones previas y posteriores) de las sesiones de orientación técnica en prescripción social dentro de los espacios de fortalecimiento de competencias de los dinamizadores. Actas de socialización de la oferta de servicios de la prescripción social
16	Obligación 16: REALIZAR LAS ACTIVIDADES EN CAMPO Y/O ACOMPAÑAMIENTO DE ACUERDO CON LOS LINEAMIENTOS TÉCNICOS OPERATIVOS. VERIFICAR EL CUMPLIMIENTO DE LAS ACTIVIDADES Y OBLIGACIONES CONTRACTUALES DE LOS PERFILES A CARGO, REALIZANDO LA CERTIFICACIÓN DE LAS HORAS MENSUAL. 16.1 Actividades desarrolladas: Desarrollé las actividades en campo y acompañamientos de acuerdo a lo estipulado según mis obligaciones contractuales. 16.2 Productos (evidencia): Actas de acompañamiento en la ejecución de las actividades en sectores catastrales priorizados
17	Obligación 17: REALIZAR LOS REGISTROS DE LAS ACTIVIDADES REALIZADAS CON CALIDAD Y OPORTUNIDAD EN LOS APLICATIVOS DISPUESTOS POR SECRETARIA DISTRITAL DE SALUD Y LA SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E. 17.1 Actividades desarrolladas: Registré las actividades realizadas en las matrices y bases de datos de manera permanente en el directorio de actores y organizaciones comunitarias para fortalecer los procesos de gestión territorial. 17.2 Productos (evidencias): Directorio de Organizaciones de Base Comunitarias y actores sociales relevantes a modo de Mapa de Actores. Matriz con las zonas identificadas. Matriz de las zonas a las cuales se pudo tener acceso. Directorio de veedores comunitarios a cargo
18	Obligación 18: ENTREGAR LA DOCUMENTACIÓN REQUERIDA CON OPORTUNIDAD CUANDO SE SOLICITE. 18.1 Actividades desarrolladas: Hice entrega oportuna de la documentación solicitada relacionada con los productos entregables del mes. 18.2 Productos (evidencias): Directorio de Organizaciones de Base Comunitarias y actores sociales relevantes a modo de Mapa de Actores. Actas soporte de los encuentros donde se da a conocer el modelo territorial de salud a dichos actores relevantes del territorio, organizaciones de base comunitaria y otros Actas soporte de los espacios Inter locales de promoción de gestión integral del riesgo. Documento de soporte con las propuestas presentadas a la coordinación; con un resumen de gestión y ejecución. Actas soporte (con fotografías u otros) de los encuentros en que se compartan experiencias exitosas con actores claves (líderes, comunidad o usuarios atendidos). Soportes (acta de la sesión y resultados individualizados de las evaluaciones previas y posteriores) de las sesiones de orientación técnica en prescripción social dentro de los espacios de fortalecimiento de competencias de los dinamizadores. Actas de socialización de la oferta de servicios de la prescripción social. Matriz con las zonas identificadas. Matriz de las zonas a las cuales se pudo tener acceso. Informe técnico de los casos, donde se requirió y gestiono el acompañamiento intersectorial. Directorio de veedores comunitarios a cargo. Actas soporte de los acompañamientos realizados a las veedurías. Informe de gestión de veeduría a los EMBH.
19	Obligación 19: 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. 19.1 Actividades desarrolladas: Di cumplimiento a cada una de las responsabilidades y obligaciones según mi perfil y lo establecido en los anexos técnicos, lineamientos y documento operativo. 19.2 Productos (evidencias): Directorio de Organizaciones de Base Comunitarias y actores sociales relevantes a modo de Mapa de Actores. Actas soporte de los encuentros donde se da a conocer el modelo territorial de salud a dichos actores relevantes del territorio, organizaciones de base comunitaria y otros Actas soporte de los espacios Inter locales de promoción de gestión integral del riesgo. Documento de soporte con las propuestas presentadas a la coordinación; con un resumen de gestión y ejecución. Actas soporte (con fotografías u otros) de los encuentros en que se compartan experiencias exitosas con actores claves (líderes, comunidad o usuarios atendidos). Soportes (acta de la sesión y resultados individualizados de las evaluaciones previas y posteriores) de las sesiones de orientación técnica en prescripción social dentro de los espacios de fortalecimiento de competencias de los dinamizadores. Actas de socialización de la oferta de servicios de la prescripción social. Matriz con las zonas identificadas. Matriz de las zonas a las cuales se pudo tener acceso. Informe técnico de los casos, donde se requirió y gestiono el acompañamiento intersectorial. Directorio de veedores comunitarios a cargo. Actas soporte de los acompañamientos realizados a las veedurías. Informe de gestión de veeduría a los EMBH.

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 (2026-09-01) AL (2026-09-30)

IV. INFORMACIÓN DE APORTES A SEGURIDAD SOCIAL

No. DE PLANILLA:	N° 87594068	OPERADOR:	ENLACE OPERATIVO

CONCEPTO DEL PAGO	ENTIDAD	FECHA DE PAGO	VALOR PAGADO
SALUD:	SURA	2026/08/19	$ 218.900
PENSIÓN:	PORVENIR	2026/08/19	$ 280.200
RIESGOS LABORALES:	SURA	2026/08/19	$ 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 JULIANA RODRIGUEZ VARGAS* *PS_4645_2026_72AE8A* **MARIA JULIANA RODRIGUEZ VARGAS** **CC: 1000626906**
FIRMA DE QUIEN VALIDA	*LUZ ADRIANA CALDERON RAMIREZ* *PS_4645_2026_72AE8A* **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_4645_2026_72AE8A* **LIDA ESPERANZA MONTENEGRO PARRA** **SUPERVISOR DEL CONTRATO**

SuAporte | AUTOLIQUIDACION CONSOLIDADA

Fecha creación reporte: 2026-09-11, 12:40:54 PM **Tipo Planilla:** I: PLANILLA INDEPENDIENTES **Numéro Planilla:** 87594068

Periodo Cotización: agosto de 2026 **Periodo Servicio:** agosto de 2026 **Referencia pago (PIN):** 8900857411

PAGADO 19/08/2026

I. DATOS DEL APORTANTE

Razón Social	MARIA JULIANA RODRIGUEZ VARGAS		
Documento	CC1000626906	**Dirección**	CL 32A SUR #13 - 24
Tipo de Empresa	INDEPENDIENTE	**Teléfono**	3108663129
Tipo Persona	NATURAL	**Forma Presentación**	ÚNICO
Ciudad	BOGOTA D.C.	**Departamento**	BOGOTA D.C.
Representante Legal		**Identificación**	
Total Afiliados	1	**ARP**	ARL SURA

II. DETALLE DEL APORTANTE

Datos del Afiliado				Novedades																				Pensiones			Salud			Riesgos			Cajas			Parafiscales					Total
Identificación	Apellidos y Nombres	Tipo Cotizante	Subtipo Cotizante	ING	RET	RET P	TDE	TAE	TDP	TAP	VSP	COR	VST	SLN	IGE	LMA	VAC	AVP	VCT	IRP	Días AFP	Días EPS	Días ARP	Días CCF	Administradora	IBC Pensión	Aporte Pensión	Administradora	IBC Salud	Aporte Salud	Tarifa	IBC Riesgos	Aporte Riesgos	Administradora	IBC Caja	Aporte Caja	Aporte SENA	Aporte ICBF	ESAP	Aporte Ministerio	Total
CC 1000626906	MARIA JULIANA RODRIGUEZ VARGAS	59	00	R																0	30	30	30	30	(230301) PORVENIR	$ 1.750.905	$ 280.200	(EPS010) EPS SURA	$ 1.750.905	$ 218.900	2,436	$ 1.750.905	$ 42.700	(CCF22) COLSUBSIDIO	$ 1.750.905	$ 35.100	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 576.900

III.TOTALES

IBC Pensión	IBC Salud	IBC Riesgos	IBC Cajas	Aportes Pensión	Aportes Salud	Aportes Riesgos	Aportes Cajas	Aportes Sena	Aportes ICBF	Aportes ESAP	Aportes Min Educación	(Incapacidades, Licencias, Saldos a Favor) EPS	Incapacidades ARP	SUBTOTAL SIN INTERESES DE MORA	TOTAL INTERESES DE MORA	TOTAL FINAL
$ 1.750.905	$ 1.750.905	$ 1.750.905	$ 1.750.905	$ 280.200	$ 218.900	$ 42.700	$ 35.100	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 576.900	$ 0	$ 576.900

Enlace Operativo – Línea Expertos en PILA: Barranquilla (605) 385 24 44 · Bogotá (601) 742 44 88 · Bucaramanga (607) 697 87 27 · Cali (602) 485 94 44 · Cartagena (605) 693 77 27 · Pereira (606) 340 13 27 · Manizales (606) 892 80 27 · Medellín (604) 604 27 27 · Desde otras ciudades: 01 8000 51 99 77 · WhatsApp: 3164416952

Antes de imprimir, asegúrese que sea realmente necesario. Proteger el medio ambiente está en nuestras manos.

BANCO DAVIVIENDA

Recaudo Empresarial

Fecha: 19/08/2026 Hora: 09:17:01

Jornada: Normal

Oficina: 0084

Terminal: CJ0084W102

Usuario: DBS

DATOS DEL CONVENIO

Nombre del Convenio:

ENLACE PILA ASISTIDA

Cuenta Convenio:**********2841

Codigo Convenio: 1225739

No. Referencia 1:

8900857411

No. Referencia 2:

1000626906

Forma de Pago: Efectivo

Vr. Total: $576,900.00

Costo transaccion: $0.00

No. Transaccion: 233693

Quien realiza la transaccion

Tipo Id: CC

Numero Id: 1000626906

Transaccion exitosa en linea

Por favor verifique que la informacion impresa es correcta.

Powered by CamScanner

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

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		
	CERTIFICADO ARL - 1000626906 - PS 4645 2026.pdf	CERTIFICADO ARL - 1000626906 - PS 4645 2026.pdf	Comprador	Descargar	Detalle
	PS_4645_2026_CUENTA DE COBRO_ AGOSTO 2026.pdf (Archivado)	PS_4645_2026_CUENTA DE COBRO_ AGOSTO 2026.pdf	Proveedor	Descargar	Detalle
☐	PS_4645_2026_CUENTA_DE_COBRO_ AGOSTO_2026.pdf	PS_4645_2026_CUENTA_DE_COBRO_ AGOSTO_2026.pdf	Proveedor	Descargar	Detalle

Borrar Cargar nuevo

Cancelar

< Evaluación de la Entidad Estatal >