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 ALEJANDRA VELASQUEZ CASTAÑEDA**			**CC:**	**1015438512**
CORREO ELECTRÓNICO:	**ajelandra09@gmail.com**			**TELÉFONO:**	**3123298211**
DIRECCIÓN DOMICILIO:	**KR 12 146 12**			**CIUDAD:**	**BOGOTA**
BANCO AL CUAL CONSIGNAR:	**BANCO DAVIVIENDA S.A.**	**TIPO DE CUENTA:**	**AHORROS**	**N° CUENTA:**	**488415339974**
DATOS DEL CONTRATO O ADICION Y PERIODO OBJETO DE PAGO					
Nº DEL CONTRATO:	**PS 1312 2026**	**VALOR CORRESPONDIENTE AL PERIODO OBJETO DE COBRO**			**$ 10.284.300**
FECHA DE INICIO CONTRATO	**2026/02/02**	**FECHA DE TERMINACIÓN CONTRATO:**			**2026/10/31**
PERIODO OBJETO DE COBRO:	**DEL 2026/09/01 AL 2026/09/30**				

MARIA ALEJANDRA VELASQUEZ CASTAÑEDA
PS_1312_2026_64FB22

NOMBRE Y FIRMA DEL CONTRATISTA:
MARIA ALEJANDRA VELASQUEZ CASTAÑEDA
CC: 1015438512
CEL: 3123298211

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 ALEJANDRA VELASQUEZ CASTAÑEDA			
	CON C.C N°	**1.015.438.512**	
OBJETO DEL CONTRATO:	PRESTAR SERVICIOS COMO MEDICO GENERAL PARA DESARROLLAR ACTIVIDADES EN LA DIRECCION DE SERVICIOS COMPLEMENTARIOS DE LA SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E.		
CONTRATO DE PRESTACION DE SERVICIOS PROFESIONALES No.	**PS 1312 2026**	**FECHA INICIO CONTRATO**	**2026/02/02**
VALOR INICIAL DEL CONTRATO	$ 28.338.960	**No. HORAS EJECUTADAS**	**270**
VALOR TOTAL DEL CONTRATO INCLUIDO ADICIONES:	$ 81.893.500	**VALOR DE HONORARIOS PERÍODO A CERTIFICAR:**	$ 10.284.300
PLAZO DEL CONTRATO INCLUYENDO PRORROGAS	NUEVE (9) MESES		
UNIDAD FUNCIONAL DE EJECUCIÓN DE ACTIVIDADES:	HOSPITAL SANTA CLARA		
NOMBRE DEL SUPERVISOR:	MARTHA CECILIA OQUENDO OSPINA		

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	Cumplimiento de las políticas de estándares de calidad de la sub red
2	Portar el carnet de la institución visible y presentarlo cuando sea requerido
3	Realizar diligenciamiento de la historia clínica de Dinámica de forma adecuada con calidad.
4	Registro de atención medica en el sistema de dinámica de la sub red.
5	Valoración diaria de los paciente de la unidad renal ambulatoria.
6	Formulación diaria de medicamentos de la terapia de hemodiálisis según indicación de nefrología.
7	Solicite los laboratorios de control mensuales de los paciente de la unidad renal.
8	Se realizo revista medica en conjunto con el especialista nefrólogo para el mes.
9	Diligenciamiento de solicitudes en el sistema de MIPRES de forma adecuada
10	Reporte en historia clínica de resultado de laboratorios así como su interpretación.
11	Asistencia en procedimientos de implante de catéter de hemodiálisis temporales y tunelizados.
12	Se realizo revista medica diaria de paciente hospitalizados en seguimiento por la especialidad de nefrología.

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° 9510798590	OPERADOR:	APORTES EN LINEA

CONCEPTO DEL PAGO	ENTIDAD	FECHA DE PAGO	VALOR PAGADO
SALUD:	COMPENSAR	2026/09/09	$ 514.300
PENSIÓN:	SKANDIA	2026/09/09	$ 658.200
RIESGOS LABORALES:	POSITIVA	2026/09/09	$ 100.300
OTRO			

TOTAL PAGADO	$ 1.272.800

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 ALEJANDRA VELASQUEZ CASTAÑEDA* *PS_1312_2026_64FB22* **MARIA ALEJANDRA VELASQUEZ CASTAÑEDA** **CC: 1015438512**
FIRMA DE QUIEN CONVALIDA EL CUMPLIMIENTO DE LAS OBLIGACIONES PARA EL PRESENTE PERIODO DE PAGO	*MARTHA CECILIA OQUENDO OSPINA* *PS_1312_2026_64FB22* **MARTHA CECILIA OQUENDO OSPINA** **SUPERVISOR DEL CONTRATO**

Planilla Integrada

DATOS GENERALES DEL APORTANTE								
Identificación	dv	Razon Social	Clase Aportante	Sucursal Principal	Direccion	Ciudad-Departamento	Teléfono	Exonerado SENA e ICBF
CC 1015438512		VELASQUEZ CASTAÑEDA MARIA ALEJANDRA	INDEPENDIENTE	PRINCIPAL	cra 12 # 146-12	BOGOTA-BOGOTA D.E.	8074700	No

DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION									
Periodo		Clave		Tipo	Fecha		Pago		
Pensión	Salud	Pago	Planilla	Planilla	Limite	Pago	Banco	Dias Mora	Valor
2026-09	2026-09	694589131	9512055400	I	2026/10/05	2026/09/30	BANCO DAVIVIENDA	0	$1,297,500

LIQUIDACION DETALLADA DE APORTES

EMPLEADO									NOVEDADES																									
No.	Tipo id	No id	Nombre	Tipo Cotizante	Horas Laboradas	Extranjero	Temp. Ext.	Fecha Radicación en el Exterior	ing	Fecha ing	ret	Fecha ret	tde	tae	tdp	tap	vsp	Fecha Inicio vsp	cor	vst	sln	Fecha Inicio sln	Fecha Fin sln	ige	Fecha Inicio ige	Fecha Fin Ige	lma	Fecha Inicio lma	Fecha Fin lma	vac-lr	Fecha Inicio vac-lr	Fecha Fin vac-lr	avp	vct
Sucursal: PRINCIPAL (1 Afiliados)																																		
Centro de Trabajo: PRINCIPAL(1 Afiliados)																																		
Ciudad: BOGOTA Depto: BOGOTA D.E.(1 Afiliados)																																		
1	CC	1015438512	VELASQUEZ CASTAÑEDA MARIA ALEJANDRA	Independiente con contrato de prestación de servicios superior a 1 mes	0	No	No													X														
Total	**Afiliados(1)**																																	

DATOS GENERALES DEL APORTANTE								
Identificación	dv	Razon Social	Clase Aportante	Sucursal Principal	Direccion	Ciudad-Departamento	Teléfono	Exonerado SENA e ICBF
CC 1015438512		VELASQUEZ CASTAÑEDA MARIA ALEJANDRA	INDEPENDIENTE	PRINCIPAL	cra 12 # 146-12	BOGOTA-BOGOTA D.E.	8074700	No

DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION									
Periodo		Clave		Tipo	Fecha		Pago		
Pensión	Salud	Pago	Planilla	Planilla	Limite	Pago	Banco	Dias Mora	Valor
2026-09	2026-09	694589131	9512055400	I	2026/10/05	2026/09/30	BANCO DAVIVIENDA	0	$1,297,500

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 I INCAPACIDA
AFP (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$658,200	$0					
SKANDIA	230901	800,253,055	2	1	$658,200	$0	$0	$0	$0	$0	
ARL (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$100,300	$0					
POSITIVA COMPAÑIA DE SEGUROS	14-23	860,011,153	6	1	$100,300	$0	$0	$0	$0	$0	
CCF (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$24,700	$0					
COMPENSAR	CCF24	860,066,942	7	1	$24,700	$0	$0	$0	$0	$0	
EPS (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$514,300	$0					
COMPENSAR	EPS008	860,066,942	7	1	$514,300	$0	$0	$0	$0	$0	
TOTAL				**1**	**$1,297,500**	**$0**	**$0**	**$0**	**$0**	**$0**	

PLANILLA PAGADA

2026/10/26 06:36 p. m.

						SALARIO			PENSION														SALUD					
Fecha Inicio vct	Fecha Fin vct	irl	Fecha Inicio irl	Fecha Fin irl	vip	Valor	Integral	Tipo de Salario	Administradora	Días	IBC	Tarifa	Tarifa Alto Riesgo Pensión	Valor Cotización	Cotización Voluntaria Empleador	Cotización Voluntaria Afiliado	Fondo Solidaridad Pensional	Fondo Subsistencia	Valor No retenido	Total	AFP Destino	Administradora	Días	IBC	Tarifa	Valor Cotización	Valor UP
																				$658,200						$514,300	
																				$658,200						$514,300	
																				$658,200						$514,300	
						$1,792,000	No		SKANDIA	30	$4,113,720	16%	SIN RIESGO	$658,200	$0	$0	$0	$0	$0	$658,200		COMPENSAR	30	$4,113,720	12.5%	$514,300	
																				$658,200						$514,300	

ADES	VALOR A PAGAR
$0	$658,200
$0	$658,200
$0	$100,300
$0	$100,300
$0	$24,700
$0	$24,700
$0	$514,300
$0	$514,300
$0	**$1,297,500**

aportes en línea

Planilla Integrada

			CCF					RIESGOS						PARAFISCALES										
C	Total	EPS Destino	Administradora	Días	IBC	Tarifa	Valor Cotización	Administradora	Días	IBC	Tarifa	Clase Riesgo	Valor Cotización	Días	IBC	Tarifa SENA	Valor Cotización SENA	Tarifa ICBF	Valor Cotización ICBF	Tarifa ESAP	Valor Cotización ESAP	Tarifa MEN	Valor Cotización MEN	Exonerado SENA e ICBF
	$514,300						$24,700						$100,300				$0		$0		$0		$0	
	$514,300						$24,700						$100,300				$0		$0		$0		$0	
	$514,300						$24,700						$100,300				$0		$0		$0		$0	
$0	$514,300		COMPENSAR	30	$4,113,720	0.6%	$24,700	POSITIVA COMPAÑIA DE SEGUROS	30	$4,113,720	2.436%	3	$100,300	30	$0	0%	$0	0%	$0	0%	$0	0%	$0	No
	$514,300						$24,700						$100,300				$0		$0		$0		$0	