**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: 5**
**FECHA: 2024-09-09**

| DATOS DEL CONTRATISTA | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|
| **FECHA DE DILIGENCIAMIENTO: (30-09-2025)** | | | | | | |
| **NOMBRES Y APELLIDOS:** | **DINA LUZ BROCHERO PEDROZO** | | | | **CC:** | **1140873865** |
| **CORREO ELECTRÓNICO:** | **dinapb49@hotmail.com** | | | | **TELÉFONO:** | **3004415282** |
| **DIRECCIÓN DOMICILIO:** | **KR 67 57V 09 SUR** | | | | **CIUDAD:** | **BOGOTA** |
| **BANCO AL CUAL CONSIGNAR:** | **BANCO AV VILLAS** | | **TIPO DE CUENTA:** | **AHORROS** | **N° CUENTA:** | **545966496** |
| **DATOS DEL CONTRATO O ADICION Y PERIODO OBJETO DE PAGO** | | | | | | |
| **Nº DEL CONTRATO:** | **PS 6266 2025** | **N° CDP:** | **2075** | **N°. RP:** | **0** | **PLAZO DEL CONTRATO INCLUIDAS PRORROGAS: UN (01) MES Y VEINTIUN (21) DIAS** |
| **FECHA DE INICIO CONTRATO** | **2025/09/10** | **FECHA DE TERMINACIÓN CONTRATO:** | | **2025/10/31** | | |
| **PERIODO OBJETO DE COBRO:** | **DEL 2025/09/11 AL 2025/09/30** | | | | | |
| **VALOR A PAGAR CORRESPONDIENTE AL PERIODO OBJETO DE COBRO** | | | | | | **$ 4.769.037** |

*DINA LUZ BROCHERO PEDROZO*
*PS_6266_2025_C0EF8D*

**NOMBRE Y FIRMA DEL CONTRATISTA:**
**DINA LUZ BROCHERO PEDROZO**
**CC: 1140873865**
**CEL: 3004415282**

| | | |
|---|---|---|
| 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**<br>**APOYO - GESTION DE CONTRATACIÓN**<br>**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<br>**VERSIÓN:** 2<br>**FECHA:** 2025-06-09 |

| | | | |
|---|---|---|---|
| **CELEBRADO ENTRE LA SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E Y** | | | |
| **DINA LUZ BROCHERO PEDROZO** | | | |
| | **CON C.C N°** | **1.140.873.865** | |
| **OBJETO DEL CONTRATO:** | PRESTAR SERVICIOS PROFESIONALES COMO MEDICO PARA DESARROLLAR ACTIVIDADES EN LA DIRECCION DE SERVICIOS AMBULATORIOS DE LA SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS EN SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E. - RESOLUCION 1499 26-08-2024 EBS DE MINISTERIO DE SALUD Y PROTECCION SOCIAL | | |
| **CONTRATO DE PRESTACION DE SERVICIOS PROFESIONALES No.** | **PS 6266 2025** | **FECHA INICIO CONTRATO** | **2025/09/10** |
| **VALOR INICIAL DEL CONTRATO** | $ 12.750.041 | **No. HORAS EJECUTADAS** | **117** |
| **VALOR TOTAL DEL CONTRATO INCLUIDO ADICIONES:** | $ 12.750.041 | **VALOR DE HONORARIOS PERÍODO A CERTIFICAR:** | $ 4.769.037 |
| **PLAZO DEL CONTRATO INCLUYENDO PRORROGAS** | UN (01) MES Y VEINTIUN (21) DIAS | | |
| **UNIDAD FUNCIONAL DE EJECUCIÓN DE ACTIVIDADES:** | HOSPITAL SANTA CLARA | | |
| **NOMBRE DEL SUPERVISOR:** | BERTHA SOFIA DIAZ QUEVEDO | | |

| **ITEM** | **II. ACTIVIDADES REALIZADAS EN EL PERIODO, DE ACUERDO CON EL OBJETO Y LAS OBLIGACIONES ESTABLECIDAS EN EL CONTRATO**<br>**(Deben ser coherentes con las obligaciones específicas del contrato realizadas durante el mes)** |
|---|---|
| 1 | 1.RECIBIR INDUCCION DE INGRESO A LA INSTITUCION: presentación de la misión, visión, valores y políticas institucionales. orientación sobre normas internas, reglamentos y protocolos de seguridad. Explicación de los canales de comunicación internos. |
| 2 | 2. CAPACITACIONES DE LA RESOLUCION 3280: Socialización de los lineamientos de la Resolución 3280 de 2018. acorde a los alineamientos poner en practica en la atención primaria |
| 3 | 3. CAPACITACIONES DE ATENCION PRIMARIA EN SALUD: Presentación de los principios y componentes de la APS. Estrategias de promoción de la salud y prevención de la enfermedad. |
| 4 | 4. CAPACITACION DE MANEJO DE DINAMICA GERENCIAL: gestión de equipos. Técnicas de comunicación efectiva y resolución de conflictos. |
| 5 | 5. CAPACITACION DE GRUPO DE APOYO INSTUTUCIONAL: Definición de roles y funciones del grupo de apoyo. Fortalecimiento del trabajo en equipo y la cooperación interáreas. Simulación de escenarios de apoyo en procesos institucionales. Elaboración de planes de mejora en la gestión interna. |
| 6 | 6.CAPACITACION EN EL AREA DE ATENCION INTRAMURAL: Socialización de protocolos de atención intramural. Capacitación en normas de bioseguridad y trato al usuario Recorrido guiado por las instalaciones para identificar áreas y servicios. |
| 7 | 8. VALORAR DE MANERA INTEGRAL EL ESTADO DE SALUD DE LOS USUARIOS OBJETO DE INTERVENCIÓN: se realizó consultas resolutivas y de enfermedades crónicas, hipertensión arterial, diabetes mellitus tipo 2, epoc. consultas de valoración integrales por curso de vida consolidadas en dinámica gerencial |
| 8 | 7. IDENTIFICAR Y POTENCIAR CAPACIDADES, HABILIDADES Y PRÁCTICAS PARA PROMOVER EL CUIDADO DE LA SALUD: se brinda educación sobre hábitos de vida saludable de acuerdo a lo encontrado en cada paciente |

**III. VERIFICACION DE ACTIVIDADES DESARROLLADAS**

***SE VERIFICA 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 (2025-09-11) AL (2025-09-30)

IV. INFORMACIÓN DE APORTES A SEGURIDAD SOCIAL

| | | | |
|---|---|---|---|
| No. DE PLANILLA: | N° | OPERADOR: | |

| CONCEPTO DEL PAGO | ENTIDAD | FECHA DE PAGO | VALOR PAGADO |
|---|---|---|---|
| SALUD: | SANITAS | | $ 0 |
| PENSIÓN: | COLFONDOS | | $ 0 |
| RIESGOS LABORALES: | SURA | | $ 0 |
| OTRO | | | |
| TOTAL PAGADO | | | $ 0 |

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** | *DINA LUZ BROCHERO PEDROZO*<br>*PS_6266_2025_C0EF8D*<br>**DINA LUZ BROCHERO PEDROZO**<br>**CC: 1140873865** |
| **FIRMA DE QUIEN CONVALIDA EL CUMPLIMIENTO DE LAS OBLIGACIONES PARA EL PRESENTE PERIODO DE PAGO** | *BERTHA SOFIA DIAZ QUEVEDO*<br>*PS_6266_2025_C0EF8D*<br>**BERTHA SOFIA DIAZ QUEVEDO**<br>**SUPERVISOR DEL CONTRATO** |

# CERTIFICADO DE AFILIACIÓN AL POS DE EPS SANITAS

La **EPS SANITAS** en desarrollo de su programa especial para la garantía y prestación del Plan Obligatorio de Salud denominado EPS **SANITAS**,

**CERTIFICA**

Que Dina Luz Brochero Pedrozo, identificado(a) con CC número 1140873865, está registrado(a) en el POS DE EPS SANITAS con la siguiente información:

| | |
|---|---|
| TIPO Y NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN | CC 1140873865 |
| NOMBRES Y APELLIDOS | Dina Luz Brochero Pedrozo |
| TIPO DE AFILIADO | Titular |
| PARENTESCO | Titular |
| FECHA DE NACIMIENTO | 14/12/1994 |
| ESTADO DE LA AFILIACIÓN | 0 Tiene Derecho A Cobertura Integral |
| CAUSA ESTADO DE AFILIACIÓN | 10 - Cobertura Integral |
| FECHA DE INGRESO A EPS SANITAS | 18/05/2020 |
| FECHA DE RETIRO LABORAL / EPS SANITAS | Activo(a) |
| SEMANAS COTIZADAS EN EPS SANITAS | 28 semanas |
| SEMANAS COTIZADAS EN OTRA EPS | Sin semanas reportadas en EPS SANITAS |
| SEMANAS COTIZADAS EN ÚLTIMO AÑO | 28 semanas |
| RÉGIMEN | Contributivo |
| FECHA DE AFILIACIÓN AL RÉGIMEN | 18/05/2020 |
| NIVEL SISBEN | No aplica |
| EMPLEADOR(ES)* | |

N.I.T. 901041691 CENTROS MEDICOS COLSANITAS SAS Desde 01/03/2023 - Vigente CEDULA DE CIUDADANIA 1140873865 DINA LUZ BROCHERO PEDROZO Desde 30/09/2024 Hasta 30/09/2024

Generado por interfaces 22/08/2025

**ESTE DOCUMENTO "NO ES VÁLIDO" PARA LA PRESTACIÓN DEL SERVICIO, NI PARA TRASLADOS.**

COLFONDOS ADMINISTRADORA DE FONDOS DE PENSIONES Y CESANTIAS

NIT 800.149.496-2

CERTIFICA QUE:

El(la) Señor(a) DINA LUZ BROCHERO PEDROZO, identificado(a) con C.C 1.140.873.865, se encuentra afiliado(a) al Fondo Pensiones Obligatorias NIT 800.227.940-6 y al Fondo Cesantias NIT 800.198.644-5.

Se expide la presente certificación a la fecha 23 de agosto de 2025.

El presente certificado emitido contiene una firma digitalizada válida para todos sus efectos de conformidad con lo dispuesto en la Ley 527 de 1999.

Cualquier inquietud adicional no dude en escribirnos a través de nuestro portal transaccional www.colfondos.com.co opción PQR's, o comuníquese con nuestro Contact Center a través de las siguientes líneas Bogotá 601 748 48 88, Barranquilla 605 386 98 88, Bucaramanga 607 698 58 88, Cali 602 489 98 88, Cartagena 605 694 98 88, Medellín 604 604 28 88 y en el resto del país 01 800 05 10000.



Juan Perea Ruiz
Gerente Cuentas y Recaudo

Banco AV Villas

NIT: 860.035.827-5
CRA. 13 No. 27-47 P-24 BOGOTA D.C.

Este es el certificado de tu
**Cuenta de Ahorros - Cuenta Móvil No. 545966496**

El Banco AV Villas certifica que: **Dina Luz Brochero Pedrozo**
identificada con el documento No. 1140873865, tiene en la oficina CTRO CCIAL MERCURIO (668) una Cuenta de Ahorros - Cuenta Móvil No. 545966496 desde el 05 de abril de 2023.

Fecha de expedición: 20/08/2025

Medellín, 19 de septiembre de 2025

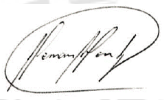
**CERTIFICADO DE AFILIACIÓN – ARL SURA**

La Administradora de Riesgos Laborales, SEGUROS DE VIDA SURAMERICANA S.A.NIT 890.903.790 - 5, certifica:

Que DINA LUZ BROCHERO PEDROZO identificado(a) con C1140873865 se encuentra afiliado(a) a Riesgos Laborales y está en estado activo.

Si desea validar que este certificado haya sido realmente emitido por ARL Sura y la información aquí contenida sea real, visite www.arlsura.com.co / validar certificados e ingrese el siguiente código único de generación válido por un mes:C11408738652526258317

Atentamente,



Dirección de Afiliaciones y Recaudos

VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA

Dirección IP 10.205.28.13