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:	**DIANA ALEXANDRA MICAN SOTO**			**CC:**	**52462845**
CORREO ELECTRÓNICO:	**DIANAMICAN044@GMAIL.COM**			**TELÉFONO:**	**3138468441**
DIRECCIÓN DOMICILIO:	**CL 71 SUR 81F 27**			**CIUDAD:**	**BOGOTA**
BANCO AL CUAL CONSIGNAR:	**BANCO DE BOGOTA**	**TIPO DE CUENTA:**	**AHORROS**	**N° CUENTA:**	**102621760**

DATOS DEL CONTRATO O ADICION Y PERIODO OBJETO DE PAGO						
Nº DEL CONTRATO:	**PS 1973 2025**	**N° CDP:**	**2465**	**N°. RP:**	**0**	**PLAZO DEL CONTRATO INCLUIDAS PRORROGAS: NUEVE (9) MESES**
FECHA DE INICIO CONTRATO	**2025/01/01**	**FECHA DE TERMINACIÓN CONTRATO:**		**2025/09/01**		
PERIODO OBJETO DE COBRO:	**DEL 2025/09/01 AL 2025/09/30**					
VALOR A PAGAR CORRESPONDIENTE AL PERIODO OBJETO DE COBRO	**$ 2.672.026**					

DIANA ALEXANDRA MICAN SOTO
PS_1973_2025_042544

NOMBRE Y FIRMA DEL CONTRATISTA:
DIANA ALEXANDRA MICAN SOTO
CC: 52462845
CEL: 3138468441

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			
DIANA ALEXANDRA MICAN SOTO			
	CON C.C N°	**52.462.845**	
OBJETO DEL CONTRATO:	PRESTAR SERVICIOS COMO TECNICO DE APOYO A LA GESTION PARA DESARROLLAR ACTIVIDADES EN LA DIRECCION ADMINISTRATIVA DE LA SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E.		
CONTRATO DE PRESTACION DE SERVICIOS PROFESIONALES No.	**PS 1973 2025**	**FECHA INICIO CONTRATO**	**2025/01/01**
VALOR INICIAL DEL CONTRATO	$ 8.016.078	**No. HORAS EJECUTADAS**	**0**
VALOR TOTAL DEL CONTRATO INCLUIDO ADICIONES:	$ 26.720.260	**VALOR DE HONORARIOS PERÍODO A CERTIFICAR:**	$ 2.672.026
PLAZO DEL CONTRATO INCLUYENDO PRORROGAS	NUEVE (9) MESES		
UNIDAD FUNCIONAL DE EJECUCIÓN DE ACTIVIDADES:	ARCHIVO CENTRAL PUENTE ARANDA		
NOMBRE DEL SUPERVISOR:	MARIA LORENA ROJAS VAN STRAHLEN		

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	16.Se realizará el cargue al secop II de la cuenta de cobro del mes correspondiente
2	19.Esta actividad debe realizarse al finalizar el contrato
3	1. Se revisan y se separan los inventarios documentales del Hospital Santa Clara por FONDO 5. Enlace de Evidencias: https://drive.google.com/drive/folders/1iNKO1leHG6dycUQlNKeX7POejgLKM2-n?usp=drive_link
4	2. Enlace de Evidencias: https://drive.google.com/drive/folders/1iNKO1leHG6dycUQlNKeX7POejgLKM2-n?usp=drive_linkSe revisan y se separan los inventarios documentales del Hospital Santa Clara por FONDO 5
5	3. Durante el mes de septiembre no se realizó esta obligación especifica ya que estaba realizando otras actividades
6	4. Indicadores de solicitud de datos de operación de Historia Clínica SUIT de agosto Se realiza Informe de seguimiento en Almera tercer trimestre Informe de avance del proceso de gestión documental del periodo comprendido entre junio agosto de 2025 Se solicita información a técnicos de préstamos de expedientes, capacitaciones y seguimientos archivos de gestión Enlace de Evidencias: https://drive.google.com/drive/folders/1iNKO1leHG6dycUQlNKeX7POejgLKM2-n?usp=drive_link
7	10.Durante el mes de septiembre no se realizó esta obligación especifica ya que estaba realizando otras actividades.
8	11. Se asiste a la Socialización proceso de evaluación de subredes 2025. Enlace de Evidencias: https://drive.google.com/drive/folders/1iNKO1leHG6dycUQlNKeX7POejgLKM2-n?usp=drive_link
9	15.Se diligencia correctamente las actividades realizadas según las obligaciones específicas del contrato, en el nuevo aplicativo.
10	5. En san José obrero se revisa dos cajas en Entorno Educativo con Yaneth Chavarría, se dejan observaciones. Se apoya en el traslado de 20 cajas de San José Obrero a la bodega de San Blas. Se bajan 198 cajas de Santa Clara de contratos OPS de las cuales se realizaron cambio de cajas, rotulación se organizaron por número de consecutivo. se subieron del primer piso de la bodega a al segundo 50 cajas se ubicaron en la parte de contracción Enlace de Evidencias: https://drive.google.com/drive/folders/1iNKO1leHG6dycUQlNKeX7POejgLKM2-n?usp=drive_link
11	6.Dar respuesta a las solicitudes enviadas por correo electrónico por la Dirección de contratación, Talento Humano auto liquidación, bonos pensionales, Oficina de Jurídica, Historias clínicas de Santa clara, urgencias de San Blas, Enlace de Evidencias: https://drive.google.com/drive/folders/1iNKO1leHG6dycUQlNKeX7POejgLKM2-n?usp=drive_link Apoyo en las solicitudes enviadas por correo por parte de la referente de Gestión Documental.
12	7.Realizar matriz de capacitaciones de Gestión Documental, enviar a gestiondocumental@subredcentrooriente.gov.co con sus respectivos soportes y matriz de agosto. Enlace de Evidencias: https://drive.google.com/drive/folders/1iNKO1leHG6dycUQlNKeX7POejgLKM2-n?usp=drive_link
13	9.Se verifica y coteja información de contratos ops en físico Vs Magnético del Hospital Santa Clara. Enlace de Evidencias:https://drive.google.com/drive/folders/1iNKO1leHG6dycUQlNKeX7POejgLKM2-n?usp=drive_link
	12. Revisión y cargue de cuentas de cobro de agosto en el nuevo aplicativo SIGCO Anexar pantallazo del Secoop II a las cuentas de cobro Certificación de contratistas OPS SIGCO Se hace entrega de 20 carpetas cuatro aletas a Yesid Ramírez. se envía paquete de carpetas 2 tapas a Javier Martínez -Archivo de Historias Clínicas. Se recibe visita de Inspección de Seguridad Humana y Socialización Plan de Emergencias. se hace inventario de 14 cajas x 300 de resoluciones y actas de posesión de santa clara

Enlace de Evidencias: https://drive.google.com/drive/folders/1iNKO1leHG6dycUQlNKeX7POejgLKM2-n?usp=drive_link

14	
15	13.Se cumple con las actividades establecidas por la referente de Gestión Documental. Enlace de Evidencias: https://drive.google.com/drive/folders/1iNKO1leHG6dycUQlNKeX7POejgLKM2-n?usp=drive_link
16	18.Se mantuvo absoluta reserva de la información institucional a cargo.
17	17.Se realiza aceptación de adicción en el mes de septiembre octubre al contrato PS 1973 de 2025
18	8. Se realizó la Búsqueda y préstamo de 3 Historias Clínicas de Santa Clara, Contratos OPS 38 de subred y Santa Clara, Se descargan en la base de préstamos 9 contratos Ops y 7 Historias Clínicas 6 legajos, 3 paquetes de Resoluciones Se archivan 9 contratos Ops y 7 Historias Clinicas,6 legajos, 3 paquetes de Resoluciones Se realiza la búsqueda y préstamo de Resoluciones de 1979-1985 de la señora Facholas de Andrade Cecilia Annerys Se realiza acta de la información no encontrada de la señora Facholas de Andrade Cecilia Annerys. Se realiza la búsqueda y préstamo de Resoluciones de 1978-1984 de la señora María Doris Orozco de Rodríguez se han enviado 5 resoluciones de los años 1978-1980 se sigue en la búsqueda de los años faltantes. Se realiza la búsqueda de contrato de bienes y servicios RTS 135-2013, 158-2014,043-2015 2 TOMOS. Enlace de Evidencias:https://drive.google.com/drive/folders/1iNKO1leHG6dycUQlNKeX7POejgLKM2-n?usp=drive_link
19	14.Presenté la planilla No 8388985912, correspondiente al pago de aportes a seguridad social, para el mes de agosto de 2025. Enlace de Evidencias: https://drive.google.com/drive/folders/1iNKO1leHG6dycUQlNKeX7POejgLKM2-n?usp=drive_link

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 (2025-09-01) AL (2025-09-30)

IV. INFORMACIÓN DE APORTES A SEGURIDAD SOCIAL

No. DE PLANILLA:	N° 8388985912	OPERADOR:	MI PLANILLA

CONCEPTO DEL PAGO	ENTIDAD	FECHA DE PAGO	VALOR PAGADO
SALUD:	COMPENSAR	2025/09/11	$ 178.000
PENSIÓN:	PORVENIR	2025/09/11	$ 227.800
RIESGOS LABORALES:	SEGUROS BOLIVAR	2025/09/11	$ 34.700
OTRO			
TOTAL PAGADO			$ 440.500

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	*DIANA ALEXANDRA MICAN SOTO* *PS_1973_2025_042544* **DIANA ALEXANDRA MICAN SOTO** **CC: 52462845**
FIRMA DE QUIEN VALIDA	*ERIKA YOHANA PLAZA VELOZA* *PS_1973_2025_042544* **ERIKA YOHANA PLAZA VELOZA** **SUPERVISOR ALTERNO**
FIRMA DE QUIEN CONVALIDA EL CUMPLIMIENTO DE LAS OBLIGACIONES PARA EL PRESENTE PERIODO DE PAGO	*MARIA LORENA ROJAS VAN STRAHLEN* *PS_1973_2025_042544* **MARIA LORENA ROJAS VAN STRAHLEN** **SUPERVISOR DEL CONTRATO**

Compensar operador de información certifica que procesó el pago realizado por:

Señor(a): DIANA ALEXANDRA MICAN SOTO
No. Identificación: CC52462845
Dirección: CALLE 71 SUR NO 81 F 27
Telefono: 7196615
Correo: dmican78@hotmail.com
Ciudad: BOGOTÁ, D.C.
Número de Planilla: 8388985912

CITE EL NÚMERO DE PLANILLA PARA CUALQUIER CONSULTA DE PAGO

Nombre Aportante	DIANA ALEXANDRA MICAN SOTO	**Número de Empleados**	1
Tipo y número de identificación	CC52462845	**Periodo de Cotización Salud**	agosto de 2025
Número de planilla	8388985912	**Periodo de Cotización Pensión**	agosto de 2025
Fecha pago	2025-09-11	**Número de Administradoras**	4
Número de autorización pago	25546769	**Total Pagado**	469600
Banco	1023	**Total Intereses de Mora**	600

PAGADA
8388985912

CÓDIGO ADMINISTRADORA	NOMBRE	TOTAL PAGADO	NÚMERO DE AFILIADOS
14-7	Cia. de Seguros Bolivar S.A.	34800	1
230301	Porvenir	228000	1
CCF24	Compensar Caja de Compensacion Fliar	28600	1
EPS008	Compensar EPS	178200	1

TIPO DOC.: CC
NO. DOCUMENTO: 52462845
APELLIDOS Y NOMBRES: DIANA ALEXANDRA MICAN SOTO

Cód. EPS	Cód. AFP	IBC SALUD	IBC PENSIÓN	IBC RIESGOS	IBC CAJAS	COTIZACIÓN SALUD	VALOR UPC	COTIZACIÓN PENSIÓN	FONDO SOLIDARIDAD Y SUBSISTENCIA	COTIZACIÓN RIESGOS	APORTE CAJAS
EPS008	230301	1423500	1423500	1423500	1423500	178000	0	227800	0	34700	28500

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