PAGOSIMPLE | AUTOLIQUIDACION CONSOLIDADA

Fecha creación reporte: 2025-10-14, 11:10:09 AM **Tipo Planilla:** I: PLANILLA INDEPENDIENTES **Numéro Planilla:** 1075601224

Periodo Cotización: septiembre de 2025 **Periodo Servicio:** septiembre de 2025 **Referencia pago (PIN):** 8845540140

PAGADO 14/10/2025 EN HORARIO EXTENDIDO

I. DATOS DEL APORTANTE

Razón Social	SANDRA MILENA SERON PEDRAZA		
Documento	CC52729240	**Dirección**	CR 9 ESTE #36 G - 37 SUR
Tipo de Empresa	INDEPENDIENTE	**Teléfono**	3623876
Tipo Persona	NATURAL	**Forma Presentación**	ÚNICO
Ciudad	BOGOTA D.C.	**Departamento**	BOGOTA D.C.
Representante Legal		**Identificación**	
Total Afiliados	1	**ARP**	SEGUROS BOLIVAR

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 52729240	SANDRA MILENA CERON PEDRAZA	59	00																	0	30	30	30	0	(231001) COLFONDOS	$ 1.423.500	$ 227.800	(EPS008) COMPENSAR EPS	$ 1.423.500	$ 178.000	2,436	$ 1.423.500	$ 34.700	(NIN-CC) NINGUNA CCF	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 440.500

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
$ 1.423.500	$ 1.423.500	$ 1.423.500	$ 0	$ 227.800	$ 178.000	$ 34.700	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 440.500	$ 1.500	$ 442.000

Líneas de Servicio FonoSIMPLE: Bogotá 601 4446634 - Cali: 602 5540577 - Medellín: 604 5146669 - Bucaramanga: 607 6438000 - Cartagena: 605 6945444 - Pereira: 606 3402582 - Barranquilla: 605 3618850 - Resto del País: 018000 971 971 - ¡Más que Fácil, SIMPLE!

¡El Poder de lo SIMPLE!

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

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: (31-10-2025)					
NOMBRES Y APELLIDOS:	**SANDRA MILENA CERON PEDRAZA**			**CC:**	**52729240**
CORREO ELECTRÓNICO:	**SANDRA800915@HOTMAIL.COM**			**TELÉFONO:**	**3012710488**
DIRECCIÓN DOMICILIO:	**KR 9 ESTE 36 G 37 SUR**			**CIUDAD:**	**BOGOTA**
BANCO AL CUAL CONSIGNAR:	**BANCO DAVIVIENDA S.A.**	**TIPO DE CUENTA:**	**AHORROS**	**N° CUENTA:**	**008480288268**
DATOS DEL CONTRATO O ADICION Y PERIODO OBJETO DE PAGO					
Nº DEL CONTRATO:	**PS 1464 2025**	**VALOR CORRESPONDIENTE AL PERIODO OBJETO DE COBRO**			**$ 1.900.000**
FECHA DE INICIO CONTRATO	**2025/01/01**	**FECHA DE TERMINACIÓN CONTRATO:**			**2025/10/31**
PERIODO OBJETO DE COBRO:	**DEL 2025/10/01 AL 2025/10/31**				

SANDRA MILENA CERON PEDRAZA
PS_1464_2025_FDA334

NOMBRE Y FIRMA DEL CONTRATISTA:
SANDRA MILENA CERON PEDRAZA
CC: 52729240
CEL: 3012710488

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			
SANDRA MILENA CERON PEDRAZA			
	CON C.C N°	**52.729.240**	
OBJETO DEL CONTRATO:	PRESTAR SERVICIOS COMO BACHILLER DE APOYO A LA GESTION PARA DESARROLLAR ACTIVIDADES EN LA OFICINA DE PARTICIPACION COMUNITARIA Y SERVICIO AL CIUDADANO DE LA SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E.		
CONTRATO DE PRESTACION DE SERVICIOS PROFESIONALES No.	**PS 1464 2025**	**FECHA INICIO CONTRATO**	**2025/01/01**
VALOR INICIAL DEL CONTRATO	$ 5.388.960	**No. HORAS EJECUTADAS**	**0**
VALOR TOTAL DEL CONTRATO INCLUIDO ADICIONES:	$ 18.875.584	**VALOR DE HONORARIOS PERÍODO A CERTIFICAR:**	$ 1.900.000
PLAZO DEL CONTRATO INCLUYENDO PRORROGAS	DIEZ (10) MESES		
UNIDAD FUNCIONAL DE EJECUCIÓN DE ACTIVIDADES:	CENTRO DE SALUD ALTAMIRA		
NOMBRE DEL SUPERVISOR:	SHIRLEY JANNETH TORRES RODRÍGUEZ		

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	GESTIONAR EL ACCESO DE LOS USUARIOS A LOS SERVICIOS, TENIENDO EN CUENTA LOS MANUALES Y PROTOCOLOS INSTITUCIONALES VIGENTES.
2	ORIENTAR A LOS USUARIOS EN PROCEDIMIENTOS DE ASEGURAMIENTO, PQRS Y VINCULACION AL SGSSS.
3	VERIFICAR A LOS USUARIOS EN BASES DE DATOS (COMPROBADOR DE DERECHOS, DNP, ADRES, GEOREFERENCIADOR).
4	REALIZAR ENCUESTAS Y APLICACION DE FORMATOS A LOS USUARIOS DE ACUERDO A LOS PROTOCOLOS Y METAS ESTABLECIDAS.
5	REALIZAR SESIONES EDUCATIVAS EN SALAS DE ESPERA DE ACUERDO AL CRONOGRAMA ESTABLECIDO, REGISTRANDO LAS ATENCIONES EN EL APLICATIVO SI CUENTANOS BOGOTA POR LA OFICINA DE PARTICIPACION COMUNITARIA Y SERVICIO AL CIUDADANO, REALIZANDO EL REGISTRO EN LOS FORMATOS ESTABLECIDOS.
6	REALIZAR EL REGISTRO EN EL APLICATIVO SI CUENTANOS BOGOTA DE ATENCIONES INDIVIDUALES Y DE BARRERAS DE ACCESO IDENTIFICADAS DURANTE LA GESTION DIARIA, CON EL FIN DE EVALUAR LAS DIFICULTADES DE ACCESIBILIDAD QUE PUEDEN PRESENTAR LOS USUARIOS EN LOS SERVICIOS DE SALUD SEGUN META ESTABLECIDA.
7	PARTICIPAR EN LOS PROCESOS DE FORTALECIMIENTO DE COMPETENCIAS A TRAVES DE LOS CURSOS Y CAPACITACIONES VIRTUALES Y PRESENCIALES ESTABLECIDOS POR LA SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E.
8	DESARROLLAR LOS TALLERES PEDAGOGICOS SEGUN EL CRONOGRAMA Y METODOLOGIA ESTABLECIDA EN LOS MANUALES Y PROTOCOLOS INSTITUCIONALES VIGENTES.
9	ENTREGAR LOS SOPORTES DE LA GESTION REALIZADA DE ACUERDO A LOS LINEAMIENTOS ESTABLECIDOS POR LA OFICINA DE PARTICIPACION COMUNITARIA Y SERVICIO AL CIUDADANO.
10	CONSULTAR EL SISTEMA DE DINAMICA GERENCIAL, CON EL FIN DE LLEVAR A CABO CONSULTA DE AGENDAMIENTO DE CITAS MEDICAS Y ACTUALIZACION DE DATOS CUANDO EL USUARIO ASI LO REQUIERA.
11	APOYAR LA VERIFICACION, ASIGNACION, Y EMISION DE RESPUESTAS A PQRS, EN ASIGNACION DE CITAS MEDICAS DE ENTES DE CONTROL.
12	ASISTIR A LOS ESPACIOS DE FORTALECIMIENTO CONVOCADOS POR LA OFICINA DE PARTICIPACION COMUNITARIA Y SERVICIO AL CIUDADANO Y LA SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E.
13	APOYAR LOS SUBPROCESOS TENIENDO EN CUENTA LAS NECESIDADES PROPIAS DE LA OFICINA DE PARTICIPACION COMUNITARIA Y SERVICIO AL CIUDADANO.
14	GARANTIZAR LA RESERVA Y CONFIDENCIALIDAD DE DATOS E INFORMACION DE LOS DIFERENTES APLICATIVOS INSTITUCIONALES.
15	CUMPLIR CON LAS OBLIGACIONES DE ACUERDO CON LA DEMANDA Y TIEMPOS REQUERIDOS SEGUN LAS NECESIDADES DEL SERVICIO EN LOS CENTROS DE SALUD Y HOSPITALES QUE CONFORMAN LA SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E.
16	PORTAR VISIBLEMENTE LOS ELEMENTOS INSTITUCIONALES Y ADECUADA PRESENTACION PERSONAL DANDO CUMPLIMIENTO A LOS MANUALES Y PROCEDIMIENTOS DE LA OFICINA Y DE LA SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E
17	LAS DEMAS OBLIGACIONES QUE SEAN ASIGNADAS EN LA REALIZACION DEL OBJETO CONTRACTUAL.

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 (2025-10-01) AL (2025-10-31)

IV. INFORMACIÓN DE APORTES A SEGURIDAD SOCIAL

No. DE PLANILLA:	N° 1075601224	OPERADOR:	SIMPLE

CONCEPTO DEL PAGO	ENTIDAD	FECHA DE PAGO	VALOR PAGADO
SALUD:	COMPENSAR	2025/10/14	$ 178.000
PENSIÓN:	COLFONDOS	2025/10/14	$ 227.800
RIESGOS LABORALES:	SEGUROS BOLIVAR	2025/10/14	$ 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	*SANDRA MILENA CERON PEDRAZA* *PS_1464_2025_FDA334* **SANDRA MILENA CERON PEDRAZA** **CC: 52729240**
FIRMA DE QUIEN VALIDA	*MARÍA CAROLINA PINILLA JIMÉNEZ* *PS_1464_2025_FDA334* **MARÍA CAROLINA PINILLA JIMÉNEZ** **SUPERVISOR ALTERNO**
FIRMA DE QUIEN CONVALIDA EL CUMPLIMIENTO DE LAS OBLIGACIONES PARA EL PRESENTE PERIODO DE PAGO	*SHIRLEY JANNETH TORRES RODRÍGUEZ* *PS_1464_2025_FDA334* **SHIRLEY JANNETH TORRES RODRÍGUEZ** **SUPERVISOR DEL CONTRATO**