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:	**PAULA NATALIA BOTERO HIGUABITA**			**CC:**	**1034776849**
CORREO ELECTRÓNICO:	**PANABOHI21@GMAIL.COM**			**TELÉFONO:**	**3214745768**
DIRECCIÓN DOMICILIO:	**CL 26SUR 89C 39**			**CIUDAD:**	**BOGOTA**
BANCO AL CUAL CONSIGNAR:	**BANCO CAJA SOCIAL**	**TIPO DE CUENTA:**	**AHORROS**	**N° CUENTA:**	**24116139311**
DATOS DEL CONTRATO O ADICION Y PERIODO OBJETO DE PAGO					
Nº DEL CONTRATO:	**PS 7509 2025**	**VALOR CORRESPONDIENTE AL PERIODO OBJETO DE COBRO**			**$ 1.684.800**
FECHA DE INICIO CONTRATO	**2025/10/09**	**FECHA DE TERMINACIÓN CONTRATO:**			**2025/10/31**
PERIODO OBJETO DE COBRO:	**DEL 2025/10/14 AL 2025/10/31**				

PAULA NATALIA BOTERO HIGUABITA
PS_7509_2025_A8F829

NOMBRE Y FIRMA DEL CONTRATISTA:
PAULA NATALIA BOTERO HIGUABITA
CC: 1034776849
CEL: 3214745768

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			
PAULA NATALIA BOTERO HIGUABITA			
	CON C.C N°	**1.034.776.849**	
OBJETO DEL CONTRATO:	PRESTAR SERVICIOS DE APOYO A LA GESTION COMO GESTOR TECNICO MAS BIENESTAR PARA DESARROLLAR ACTIVIDADES EN LA DIRECCI?N DE GESTI?N 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		
CONTRATO DE PRESTACION DE SERVICIOS PROFESIONALES No.	**PS 7509 2025**	**FECHA INICIO CONTRATO**	**2025/10/09**
VALOR INICIAL DEL CONTRATO	$ 2.285.280	**No. HORAS EJECUTADAS**	**104**
VALOR TOTAL DEL CONTRATO INCLUIDO ADICIONES:	$ 2.285.280	**VALOR DE HONORARIOS PERÍODO A CERTIFICAR:**	$ 1.684.800
PLAZO DEL CONTRATO INCLUYENDO PRORROGAS	VEINTITRES (23) DIAS		
UNIDAD FUNCIONAL DE EJECUCIÓN DE ACTIVIDADES:	CENTRO DE SALUD PRIMERO DE MAYO		
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	Ejecute jornadas extramurales de atención en salud dirigidas a la comunidad, garantizando la calidad, oportunidad y humanización del servicio, en cumplimiento de los objetivos del Convenio Más Bienestar Equipos Básicos Extramurales
2	Elabore y presente el cronograma de actividades programadas, junto con el informe de gestión que detalle las acciones ejecutadas, resultados obtenidos y cumplimiento de metas
3	Brinde apoyo en la prestación de los servicios de salud del Convenio Más Bienestar Equipos Básicos Extramurales, garantizando la entrega oportuna de información y soportes requeridos según los anexos y lineamientos técnicos
4	Apoye la ejecución de acciones orientadas al mejoramiento continuo de la calidad, contribuyendo al cumplimiento de los planes de mejoramiento
5	Fortalecí la apropiación conceptual del convenio mediante la revisión y comprensión de los anexos y lineamientos técnicos, aplicando el conocimiento según perfil
6	Desarrolle procesos de asistencia técnica conforme a los requerimientos de los procesos transversales del convenio, garantizando la calidad de las intervenciones
7	Realice la revisión, alistamiento y entrega oportuna de los formatos, documentos, bases e informes generados, asegurando la calidad y cumplimiento con los lineamientos técnicos del convenio
8	Participe activamente en los acercamientos comunitarios e institucionales, promoviendo la articulación intersectorial y el desarrollo de las acciones de cada proceso
9	Active y notifique de manera inmediata los eventos de interés en salud pública detectados durante las intervenciones, siguiendo los protocolos vigentes
10	Participe en las asistencias técnicas convocadas por la SDS, de acuerdo con los procesos asignados y las metas establecidas del convenio
11	Organice y conserve el archivo documental de acuerdo con la normatividad vigente, garantizando trazabilidad y orden administrativo
12	Cumplí con las demás obligaciones que se relacionan con el objeto del contrato, conforme a las indicaciones de la supervisión
13	Realice la caracterización sociodemográfica completa y de calidad, aplicando los tamizajes correspondientes (APGAR, FINDRISC, OMS, EPOC, entre otros) según la Resolución 3280 de 2018, garantizando datos verificables y auditables
14	Diligencie diariamente la información de la caracterización en el aplicativo GTAPS de la SDS, asegurando completitud, veracidad y calidad dentro de las primeras 24 horas posteriores a la intervención
15	Presente el cronograma mensual de actividades e insumos preparados, incluyendo mapas base, matrices y datos poblacionales actualizados
16	Elabore y entregue el mapa con registro del ejercicio cartográfico y la matriz de información cuantitativa y cualitativa, según el trabajo territorial realizado
17	Participé en el Comité Territorial, aportando al análisis de información para fortalecer la planeación y el seguimiento del proceso
18	Registre las actividades ejecutadas en los instrumentos definidos para la captura de información (planillas, consentimientos e instrumentos en línea de la SDS)
19	Gestione y active oportunamente los riesgos en salud identificados, mediante el agendamiento, activación de rutas o notificación de eventos de interés en salud pública según corresponda
20	Cumplí de acuerdo con las obligaciones establecidas en el Anexo Técnico del Convenio Más Bienestar, observando los lineamientos técnicos y operativos vigentes

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 (2025-10-14) AL (2025-10-31)

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:	COLPENSIONES		$ 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	*PAULA NATALIA BOTERO HIGUABITA* *PS_7509_2025_A8F829* **PAULA NATALIA BOTERO HIGUABITA** **CC: 1034776849**
FIRMA DE QUIEN VALIDA	*SANDRA YANNETH CONTRERAS PEÑALOSA* *PS_7509_2025_A8F829* **SANDRA YANNETH CONTRERAS PEÑALOSA** **SUPERVISOR ALTERNO**
FIRMA DE QUIEN CONVALIDA EL CUMPLIMIENTO DE LAS OBLIGACIONES PARA EL PRESENTE PERIODO DE PAGO	*LIDA ESPERANZA MONTENEGRO PARRA* *PS_7509_2025_A8F829* **LIDA ESPERANZA MONTENEGRO PARRA** **SUPERVISOR DEL CONTRATO**

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

Señor(a): PAULA NATALIA BOTERO HIGUABITA
No. Identificación: CC1034776849
Dirección: CALLE 26 SUR #89C 39
Telefono: 3208739547
Correo: panabohi21@gmail.com
Ciudad: BOGOTÁ, D.C.
Número de Planilla: 8390590414

CITE EL NÚMERO DE PLANILLA PARA CUALQUIER CONSULTA DE PAGO

Nombre Aportante	PAULA NATALIA BOTERO HIGUABITA
Tipo y número de identificación	CC1034776849
Número de planilla	8390590414
Fecha pago	2025-10-10
Número de autorización pago	25151713
Banco	1023

Número de Empleados	1
Periodo de Cotización Salud	septiembre de 2025
Periodo de Cotización Pensión	septiembre de 2025
Número de Administradoras	3
Total Pagado	440500
Total Intereses de Mora	0

PAGADA

CÓDIGO ADMINISTRADORA	NOMBRE	TOTAL PAGADO	NÚMERO DE AFILIADOS
14-11	ARL SURA	34700	1
25-14	Administradora Colombiana de Pensiones - Colpensiones	227800	1
EPS005	Sanitas EPS	178000	1

8390590414

TIPO DOC.: CC
NO. DOCUMENTO: 1034776849
APELLIDOS Y NOMBRES: PAULA NATALIA BOTERO HIGUABITA

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
EPS005	25-14	1423500	1423500	1423500	0	178000	0	227800	0	34700	0

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

EFECTIVO LTDA.
NIT: 830.131.993-1

ORDEN DE SERVICIO

N. OS: 9609775057 DV: 076174
Cliente:113237 PLANILLAS AVAL Aportes en Linea Arus Compensar Asopagos Simple Mi Plan
Fecha: 10/10/2025 15:17:14
PAP: 907121
Nombre: paula
Apellido 1: botero
NUM PLANILLA: 83905904l4
TIPO DE IDENTIFICACION: CEDULA DE CIUDADANIA
NUMERO IDENTIFICACION: 1034776849
PERIODO: 202509
Referencia: 83905904l4Valor: $440.500,00

Aplica condiciones particulares con el cliente beneficiario
Conserve este recibo, es el unico soporte valido para atender cualquier reclamacion.
Para reclamaciones presente este recibo: Tel. (1) 6510101.
servicioalcliente@efecty.com.co.
www.efecty.com.co

CS Escaneado con 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		
PS 4775 2025 CUENTA DE COBRO FEBRERO 2025.pdf	PS 4775 2025 CUENTA DE COBRO FEBRERO 2025.pdf	Comprador	Descargar	Detalle
PS 4775 2025 CUENTA COBRO MES MARZO 2025.pdf	PS 4775 2025 CUENTA COBRO MES MARZO 2025.pdf	Comprador	Descargar	Detalle
PS 4775 2025 CUENTA DE COBRO MES ABR 2025.pdf	PS 4775 2025 CUENTA DE COBRO MES ABR 2025.pdf	Comprador	Descargar	Detalle
PS 4775 2025 CUENTA DE COBRO MES MAR 2025.pdf	PS 4775 2025 CUENTA DE COBRO MES MAR 2025.pdf	Comprador	Descargar	Detalle
PS 4775 2025 CUENTA DE COBRO MES MAY 2025.pdf	PS 4775 2025 CUENTA DE COBRO MES MAY 2025.pdf	Comprador	Descargar	Detalle
PS 4775 2025 CUENTA DE COBRO MES ABRIL 2025.pdf	PS 4775 2025 CUENTA DE COBRO MES ABRIL 2025.pdf	Comprador	Descargar	Detalle
PS 4775 2025 CRP 27-05-2025.pdf	PS 4775 2025 CRP 27-05-2025.pdf	Comprador	Descargar	Detalle
PS 4775 2025 CUENTA DECOBRO MES JUNIO 2025.pdf	PS 4775 2025 CUENTA DECOBRO MES JUNIO 2025.pdf	Comprador	Descargar	Detalle
PS 4775 2025 CUENTA DECOBRO MES JULIO 2025.pdf	PS 4775 2025 CUENTA DECOBRO MES JULIO 2025.pdf	Comprador	Descargar	Detalle
2 PS 4775 2025 CRP-12711.pdf	2 PS 4775 2025 CRP-12711.pdf	Comprador	Descargar	Detalle
3 PS 4775 2025 CRP-13160.pdf	3 PS 4775 2025 CRP-13160.pdf	Comprador	Descargar	Detalle
4 PS 4775 2025 CRP-21228.pdf	4 PS 4775 2025 CRP-21228.pdf	Comprador	Descargar	Detalle
5 PS 4775 2025 CRP-22866.pdf	5 PS 4775 2025 CRP-22866.pdf	Comprador	Descargar	Detalle
PS 4775 2025 CUENTA DECOBRO MES AGOSTO 2025.pdf	PS 4775 2025 CUENTA DECOBRO MES AGOSTO 2025.pdf	Comprador	Descargar	Detalle
PS 4775 2025 CUENTA DECOBRO MES JULIO 2025-1.pdf	PS 4775 2025 CUENTA DECOBRO MES JULIO 2025-1.pdf	Comprador	Descargar	Detalle
PS 4775 2025 CUENTA DECOBRO MES JULIO 2025-2.pdf	PS 4775 2025 CUENTA DECOBRO MES JULIO 2025-2.pdf	Comprador	Descargar	Detalle
PS 4775 2025 CUENTA DE COBRO ADICIONALES MES AGOSTO 2025.pdf	PS 4775 2025 CUENTA DE COBRO ADICIONALES MES AGOSTO 2025.pdf	Comprador	Descargar	Detalle
PS 4775 2025 CUENTA DE COBRO MES SEPTIEMBRE 2025.pdf	PS 4775 2025 CUENTA DE COBRO MES SEPTIEMBRE 2025.pdf	Comprador	Descargar	Detalle

Borrar | Cargar nuevo

Cancelar

< Evaluación de la Entidad Estatal >