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:	**ADRIANA JOHANA RODRIGUEZ CLAVIJO**			**CC:**	**1012402081**
CORREO ELECTRÓNICO:	**ADRIANAjohanarc15@gmail.com**			**TELÉFONO:**	**3209844550**
DIRECCIÓN DOMICILIO:	**CL 77H 73L 49 SUR**			**CIUDAD:**	**BOGOTA**
BANCO AL CUAL CONSIGNAR:	**BANCO CAJA SOCIAL**	**TIPO DE CUENTA:**	**AHORROS**	**N° CUENTA:**	**24087904282**
DATOS DEL CONTRATO O ADICION Y PERIODO OBJETO DE PAGO					
Nº DEL CONTRATO:	**PS 7358 2025**	**VALOR CORRESPONDIENTE AL PERIODO OBJETO DE COBRO**			**$ 2.089.800**
FECHA DE INICIO CONTRATO	**2025/10/07**	**FECHA DE TERMINACIÓN CONTRATO:**			**2025/10/31**
PERIODO OBJETO DE COBRO:	**DEL 2025/10/10 AL 2025/10/31**				

ADRIANA JOHANA RODRIGUEZ CLAVIJO
PS_7358_2025_554CF3

NOMBRE Y FIRMA DEL CONTRATISTA:
ADRIANA JOHANA RODRIGUEZ CLAVIJO
CC: 1012402081
CEL: 3209844550

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			
ADRIANA JOHANA RODRIGUEZ CLAVIJO			
	CON C.C N°	**1.012.402.081**	
OBJETO DEL CONTRATO:	PRESTAR SERVICIOS DE APOYO A LA GESTION COMO GESTOR TECNICO MAS BIENESTAR PARA DESARROLLAR ACTIVIDADES EN LA DIRECCION DE GESTION 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 7358 2025**	**FECHA INICIO CONTRATO**	**2025/10/07**
VALOR INICIAL DEL CONTRATO	$ 2.484.000	**No. HORAS EJECUTADAS**	**129**
VALOR TOTAL DEL CONTRATO INCLUIDO ADICIONES:	$ 2.484.000	**VALOR DE HONORARIOS PERÍODO A CERTIFICAR:**	$ 2.089.800
PLAZO DEL CONTRATO INCLUYENDO PRORROGAS	VEINTICINCO (25) 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	1- SE REALIZO ACTIVIDADES CON EXCELENCIA POR GRUPO EXTRAMURAL DEL CONVENIO MAS BIENESTAR EN TU HOGAR COMO GESTORA EN SALUD
2	2- SE ENTREGO CRONOGRAMA DE OPORTUNDAD EN ACTIVIDADES EXTRAMURALES DESRROLLADAS Y EJECUTADAS EN EL TERRENO
3	3- SE ESTUVO ATENTOS Y APOYANDO A PROGRAMACIONES DE ENTREGA DE INFORMES Y AMEDIDA QUE SE REQUIERIO SEGUN MI LIDER DEL PROCESO
4	4- SE APOYO LOS DIFERENTES PROCESOS PARA UNA MAYOR EFECTIVIDAD POSITIVA DE CALIDAD PARA ECXELENCIA EN ACREDITACIÓN.
5	5- SE REALIZO ACTAS DE LINEAMIENTOS Y APROPIACIÓN DE NUEVOS CONCEPTOS PARA CONVENIO MAS BIENESTAR EN TU HOGAR EN LA SUBRED.
6	6- SE ASISTIO A LAS DIFERENTES ACTIVIDADES DEL PROCESO CONVENIO MAS BIENESTAR EN TU HOGAR QUE SE REQUIEREN POR LINEA TECNICA COMO REUNIONES VIRTUALES Y PRESENCIAL
7	7- SE ENTTREGO A TECNICO ACCARGO DE PLANILLAS CON CALIDAD Y EN SUBIDA A LAS BASES APLICATIVO CON CALIDAD DANDO CUMPLIMIENTO Y MEJORANDO EL RESULTADO DE LAS INTERVENCIONES
8	8- SE APOYO PROGRAMACIONES CON DISPONIBILIDAD DE TIEMPO PARA LAS DIFERENTES ACTIVIDADES QUE TIENE EL CONVENIO MAS BIENESTAR EN TU HOGAR
9	9- DE LAS DIFERENTES ACTIVIDADES EN LAS CARACTERIZACIONES Y SEGUIMIENTOS SEGUN LINEAMIENTOS DEL CONVENIO MAS BIENESTAR EN TU HOGAR ACTIVO Y SE NOTIFICO LO EVIDENCIADO Y ACCIONES QUE SE REALIZO CON LOS USUARIOS CAPTADOS
10	10- SEGUN TODOS DATOS DOCUMENTOS CAPTADOS EN TERRENO SE MANEJO DE LA MEJOR MANERA POSIBLE YA QUE ES DOCUMENTO PUBLICO Y LA INFORMACION SUMISTRADA POR EL USUARIO CAPTADO
11	11- SE ORGANIZO LOS DIFERENTES DOCUMENTOS REQUERIDOS POR EL CONVENIO ENTREGAR VALIDAD CON ANTERIORIDAD
12	12- SE CUMPLIO CON RESPONSABILIDAD LOS DIFERENTES OBJETOS DEL CONTRATO A CAVALIDAD
13	13- REALIZAR CUMPLIR CON ACTITUD PROFESIONAL LAS CARACTERIZACIONES SEGUIMIENTOS INTERVENCION SEGÚN EN LIMEAMIENTOS TOMAR LOS DIFERENTES TAMIZAJES PARA CADA USUARIO SE GESTIONO NOTIFICOSE CUMPLIR ACAVALIDAD LA INTERVENCION DEL CONVENIO MAS BIENESTAR EN TU HOGAR
14	14- SE HIZO DE MANERA LEGIBLE COMPLETAR LOS DIFERENTES PROCESOS EN EL APLICATIVO CON CALIDAD DURANTE LAS PRIMERAS 24 HORAS
15	15- SE TUVO A DIARIO EL CRONOGRAMA DE LA SEMANA EN FISICO LOS MAPAS Y DIFERENTES PARA MEJORAR LA APROPIACION DEL TERRITORIO MEJOR UBICACIÓN Y POR QUE ES SUJETO DE AUDITORIA
16	16- SE HIZO ENTREGA DE MAPA DE APROPIACIÓN DEL TERRITORIO EVIDENCIANDO LOS DIFERENTES LUGARES QUE SE ENCUENTREN EN EL TERRITORIO YA SEAN COLEGIOS JARDINES LOTES SALONES COMUNALES INVACIÓN ENTRE OTROS VERIFICACIÓN DE LAS FAMILIA
17	17- SE HIZO PARTICIPE DEL COMITÉ MENSUAL EN DONDE SE BRINDO EDUCACIÓN SOBRE TODAS LAS INTERVENCIONES SUJERIDAS Y ANALISIS DE LA COMPLETITUD DE LA TAREA MENSUAL Y TENER SACAR CONCLUSIONES PARA MEJORAR

18	18- SE REGISTRO CON COMPLETITUD LA INFORMACIÓN DATOS FISICOS Y ESCRITOS Y SE TUVO CON CALIDAD PAR ESTE PRODUCTO SEGÚN LO ENCONTRADO EN CASA Y SE ESCRIBIO TODO EN OBSERVACIÓN DEL APLICATIVO
19	19- SE ACTIVO RUTAS PARA TODOS LOS RIESGOS IDENTIFICADOS DURANTE LA VISITA EN CASA Y SE NOTIFICO Y SE ACTIVO RUTAS REALIZAR AGENDAMIENTOS TIEMPO REAL
20	20- SE DIO CUMPLIMIENTOS COMO GESTORA EN SALUD CON RESPONSABILIDAD CON LO ASIGNADO SEGÚN LINEAMIENTOS OPERATIVO PARA CONVENIO MAS BIENESTAR EN TU HOGAR.

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 (2025-10-10) 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:	SALUD TOTAL		$ 0
PENSIÓN:	PORVENIR		$ 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	*ADRIANA JOHANA RODRIGUEZ CLAVIJO* *PS_7358_2025_554CF3* **ADRIANA JOHANA RODRIGUEZ CLAVIJO** **CC: 1012402081**
FIRMA DE QUIEN VALIDA	*SANDRA YANNETH CONTRERAS PEÑALOSA* *PS_7358_2025_554CF3* **SANDRA YANNETH CONTRERAS PEÑALOSA** **SUPERVISOR ALTERNO**

LIDA ESPERANZA MONTENEGRO PARRA
PS_7358_2025_554CF3

LIDA ESPERANZA MONTENEGRO PARRA
SUPERVISOR DEL CONTRATO

FIRMA DE QUIEN CONVALIDA EL CUMPLIMIENTO DE LAS OBLIGACIONES PARA EL PRESENTE PERIODO DE PAGO	

PAGOSIMPLE | AUTOLIQUIDACION CONSOLIDADA

Fecha creación reporte: 2025-10-20, 07:08:19 AM **Tipo Planilla:** I: PLANILLA INDEPENDIENTES **Numéro Planilla:** 1075595826

Periodo Cotización: septiembre de 2025 **Periodo Servicio:** septiembre de 2025 **Referencia pago (PIN):** 8822807358

PAGADO 17/10/2025 EN HORARIO EXTENDIDO

I. DATOS DEL APORTANTE

Razón Social	ADRIANA JOHANA RODRIGUEZ CLAVIJO		
Documento	CC1012402081	**Dirección**	CL 43 23 49 SUR SOACHA
Tipo de Empresa	INDEPENDIENTE	**Teléfono**	3209844550
Tipo Persona	NATURAL	**Forma Presentación**	ÚNICO
Ciudad	SOACHA	**Departamento**	CUNDINAMARCA
Representante Legal		**Identificación**	
Total Afiliados	1	**ARP**	ARL SURA

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 APP	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 1012402081	ADRIANA JOHANA RODRIGUEZ CLAVIJO	59	00																	0	30	30	30	0	(230301) PORVENIR	$ 1.423.500	$ 227.800	(EPS002) SALUD TOTAL 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	$ 0	$ 440.500

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.

Banco Caja Social
Su banco amigo.

UNA EMPRESA DE FUNDACIÓN GRUPO SOCIAL

¡Transacción exitosa!

Pago sujeto a aprobación. Para concluir, por favor seleccione la opción “Regresar al comercio” y verifique el estado final de la transacción. Si tiene algún inconveniente, comuníquese con la entidad con la que liquidó su planilla o con el comercio desde el cual está realizando la compra o pago.

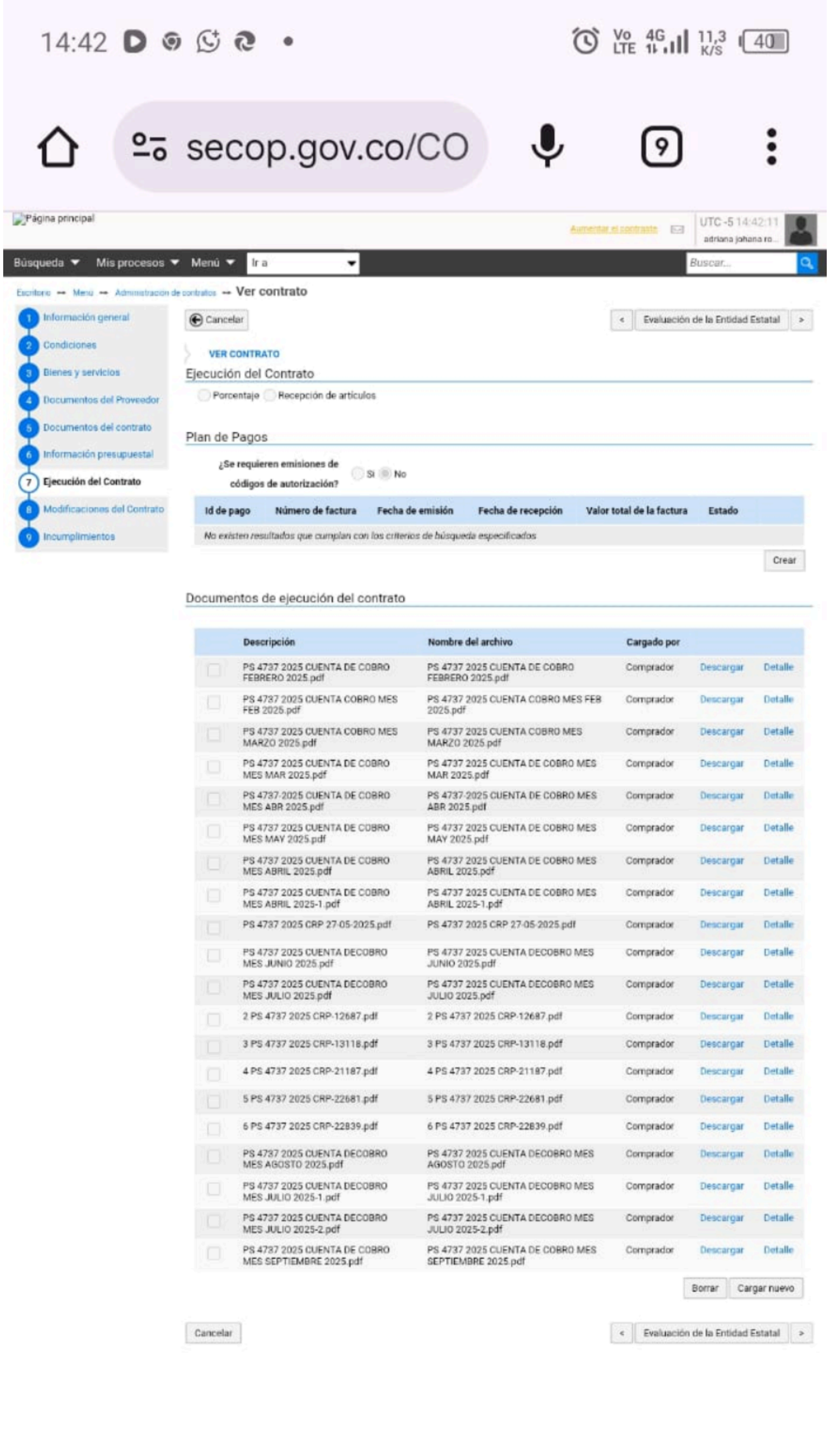
Fecha y hora: 17 octubre 2025 09:47 p.m.
Dirección IP: 191.107.8.29
Número de transacción: APII5290320755621746
Número de confirmación: d4421470cd81

Cuenta Origen: Cuentamiga *******4282
Comercio: SISTEMA INTEGRADO MULTIPLE DE PAGOS ELECTRONICOS S
Nit del comercio: 9000973339
Código del servicio: 881624

Referencia de Pago: 176075536641514
REFERENCIA 1: 02
REFERENCIA 2: 900097333
REFERENCIA 3: 6311

Código de la transacción (CUS): 1861371801
Fecha de la solicitud: 17 octubre 2025
Ciclo de la transacción: 1

Valor: $ 440.500,00
Descripción de la transacción: Pago PSE. Ref 8822807358-202509-1075884. idTrans 1075884
Valor del impuesto: $ 0,00


14:42
secop.gov.co/CO
Página principal
Aumentar el contraste
UTC -5 14:42:11
adriana johana ro...
Búsqueda
Mis procesos
Menú
Ir a
Buscar...
Escritorio → Menú → Administración de contratos → Ver contrato
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?
Si
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 4737 2025 CUENTA DE COBRO FEBRERO 2025.pdf
Comprador
Descargar
Detalle
PS 4737 2025 CUENTA COBRO MES FEB 2025.pdf
PS 4737 2025 CUENTA COBRO MES MARZO 2025.pdf
PS 4737 2025 CUENTA DE COBRO MES MAR 2025.pdf
PS 4737-2025 CUENTA DE COBRO MES ABR 2025.pdf
PS 4737 2025 CUENTA DE COBRO MES MAY 2025.pdf
PS 4737 2025 CUENTA DE COBRO MES ABRIL 2025.pdf
PS 4737 2025 CUENTA DE COBRO MES ABRIL 2025-1.pdf
PS 4737 2025 CRP 27-05-2025.pdf
PS 4737 2025 CUENTA DECOBRO MES JUNIO 2025.pdf
PS 4737 2025 CUENTA DECOBRO MES JULIO 2025.pdf
2 PS 4737 2025 CRP-12687.pdf
3 PS 4737 2025 CRP-13118.pdf
4 PS 4737 2025 CRP-21187.pdf
5 PS 4737 2025 CRP-22681.pdf
6 PS 4737 2025 CRP-22839.pdf
PS 4737 2025 CUENTA DECOBRO MES AGOSTO 2025.pdf
PS 4737 2025 CUENTA DECOBRO MES JULIO 2025-1.pdf
PS 4737 2025 CUENTA DECOBRO MES JULIO 2025-2.pdf
PS 4737 2025 CUENTA DE COBRO MES SEPTIEMBRE 2025.pdf
Borrar
Cargar nuevo
Cancelar
< Evaluación de la Entidad Estatal >
© VORTAL 2019 Términos de uso Normativa Soporte Remoto Ayuda Español (Colombia)
018000-52-0808 www.colombiacompra.gov.co/soporte
Lunes a Viernes 7:00 am a 7:00 pm