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:	**MARTHA LUCIA MATEUS FAJARDO**			**CC:**	**51613901**
CORREO ELECTRÓNICO:	**MMAEU1.IPS.HCO@GMAIL.COM**			**TELÉFONO:**	**3225444438**
DIRECCIÓN DOMICILIO:	**KR 54A 52 55**			**CIUDAD:**	**BOGOTA**
BANCO AL CUAL CONSIGNAR:	**BBVA COLOMBIA**	**TIPO DE CUENTA:**	**AHORROS**	**N° CUENTA:**	**074068032**
DATOS DEL CONTRATO O ADICION Y PERIODO OBJETO DE PAGO					
Nº DEL CONTRATO:	**PS 1280 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**				

MARTHA LUCIA MATEUS FAJARDO
PS_1280_2025_800022

NOMBRE Y FIRMA DEL CONTRATISTA:
MARTHA LUCIA MATEUS FAJARDO
CC: 51613901
CEL: 3225444438

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			
MARTHA LUCIA MATEUS FAJARDO			
CON C.C N°	**51.613.901**		
OBJETO DEL CONTRATO:	PRESTAR SERVICIOS COMO BACHILLER DE APOYO A LA GESTION PARA DESARROLLAR ACTIVIDADES EN LA DIRECCION FINANCIERA DE LA SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E.		
CONTRATO DE PRESTACION DE SERVICIOS PROFESIONALES No.	**PS 1280 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 LACHES		
NOMBRE DEL SUPERVISOR:	RONALD AGUILAR GOMEZ		

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	Realicé los recibos de caja correspondiente a los abonos a pagaré de los usuarios
2	Se realizo el llamado en el orden del digiturno de los usuarios a la ventanilla de facturación
3	Se verifico que las ordenes médicas y autorizaciones coincidan con lo autorizado por las EPS a la que se encuentra afiliado el usuario
4	se realizó la verificación del paquete administrativo en las diferentes paginas(comprobadores de derechos, adres, sisben, georeferenciador) el estado de afiliación de los pacientes a facturar
5	se verificó en el link de seguimiento de citas y facturas de paciente la frecuencia de los pacientes a factura
6	se realizo la actualizacion de datos de pacientes en el momento de la generacion de factura y/o registro de servicios
7	se generaron las facturas y/o registros de servicios de los usuarios que una vez verificado el comprobador de derechos pertenecen a sisben categoria A o al proyecto gratuidad
8	Luego de realizar la verificacion de la autorizacion y orden medica presentada por el usuario se generaron facturas y/o registros de servicios
9	Se entregó el dinero recaudado junto con sus respectivos soportes a la persona encargada del área de tesoreri
10	Se realizó la entrega de las facturas soportadas para su revisión y posterior radicación en las diferentes ERP
11	se realizo la correccion de las novedades reportadas por la drive y/o correo electronico durante el periodo
12	se asistió a las dos capacitaciónes progamadas y las retroalimentaciones realizadas por los grupos del área

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° 8638268351	OPERADOR:	ASOPAGOS

CONCEPTO DEL PAGO	ENTIDAD	FECHA DE PAGO	VALOR PAGADO
SALUD:	NUEVA EPS	2025/10/02	$ 178.000
PENSIÓN:	SIN DATO	2025/10/02	$ 0
RIESGOS LABORALES:	SEGUROS BOLIVAR	2025/10/02	$ 34.700

OTRO			
TOTAL PAGADO			$ 212.700

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	*MARTHA LUCIA MATEUS FAJARDO* *PS_1280_2025_800022* **MARTHA LUCIA MATEUS FAJARDO** **CC: 51613901**
FIRMA DE QUIEN VALIDA	*YAMILE CANO HERRERA* *PS_1280_2025_800022* **YAMILE CANO HERRERA** **SUPERVISOR ALTERNO**
FIRMA DE QUIEN CONVALIDA EL CUMPLIMIENTO DE LAS OBLIGACIONES PARA EL PRESENTE PERIODO DE PAGO	*RONALD AGUILAR GOMEZ* *PS_1280_2025_800022* **RONALD AGUILAR GOMEZ** **SUPERVISOR DEL CONTRATO**

ASOPAGOS s.a.

RAZÓN SOCIAL :	MARTHA LUCIA MATEUS FAJARDO
IDENTIFICACIÓN:	CC-51613901
COD. DEPENDENCIA O SUCURSAL:	0
NOM. DEPENDENCIA O SUCURSAL:	0
FECHA GENERACIÓN REPORTE:	2025-10-02
FECHA LÍMITE DE PAGO:	2025-10-02
FECHA DE PAGO:	2025-10-02
ENTIDAD DE PAGO:	BANCO DE BOGOTA
PERÍODO PENSIÓN:	2025-09
PERÍODO SALUD:	2025-09
NÚMERO PLANILLA:	8638268351
TOTAL COTIZANTES:	1
REFERENCIA DE PAGO (PIN):	8600046791
TIPO DE PLANILLA:	I

CÓDIGO ENTIDAD	NIT	NOMBRE	NÚMERO AFILIADOS	IBC	FONDO SOLIDARIDAD	FONDO SUBSISTENCIA	TOTAL INTERESES	VALOR PAGAR SIN INTERESES	VALOR PAGAR
EPS037	900156264	NUEVA E.P.S. S.A.	1	$ 1.423.500	$ 0	$ 0	$ 0	$ 178.000	$ 178.000
14-7	860002503	SEGUROS BOLIVAR	1	$ 1.423.500	$ 0	$ 0	$ 0	$ 34.700	$ 34.700
				Total a pagar	$ 0	$ 0	$ 0	$ 212.700	$ 212.700

PAGADO

FECHA DE PAGO DEL SIGUIENTE MES:	05/11/2025

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

Datos guardados

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 1280 2025 CUENTA DE COBRO ENERO 2025.PDF	PS 1280 2025 CUENTA DE COBRO ENERO 2025.PDF	Proveedor	Descargar	Detalle
☐	PS 1280 2025 CUENTA DECOBRO FEBRERO 2025.pdf	PS 1280 2025 CUENTA DECOBRO FEBRERO 2025.pdf	Proveedor	Descargar	Detalle
☐	PS 1280 2025 CUENTA DE COBRO FEBRERO 2025 ADICIONAL.PDF	PS 1280 2025 CUENTA DE COBRO FEBRERO 2025 ADICIONAL.PDF	Comprador	Descargar	Detalle
☐	PS 1280 2025 CUENTA DE COBRO MARZO 2025.PDF	PS 1280 2025 CUENTA DE COBRO MARZO 2025.PDF	Comprador	Descargar	Detalle
☐	PS 1280 2025 CUENTA DE COBRO ABRIL 20250001.pdf	PS 1280 2025 CUENTA DE COBRO ABRIL 20250001.pdf	Comprador	Descargar	Detalle
☐	COMUNICACION SUPERVISOR PS 1280 2025.pdf	COMUNICACION SUPERVISOR PS 1280 2025.pdf	Comprador	Descargar	Detalle
☐	1 PS 1280 2025 CRP-5999.pdf	1 PS 1280 2025 CRP-5999.pdf	Comprador	Descargar	Detalle
☐	2 PS 1280 2025 CRP-11858.pdf	2 PS 1280 2025 CRP-11858.pdf	Comprador	Descargar	Detalle
☐	3 PS 1280 2025 CRP-11859.pdf	3 PS 1280 2025 CRP-11859.pdf	Comprador	Descargar	Detalle
☐	PS 1280 2025 CUENTA DE COBRO MAYO 2025.pdf	PS 1280 2025 CUENTA DE COBRO MAYO 2025.pdf	Proveedor	Descargar	Detalle
☐	PS 1280 2025 CUENTA DE COBRO JUNIO 2025.pdf	PS 1280 2025 CUENTA DE COBRO JUNIO 2025.pdf	Proveedor	Descargar	Detalle
☐	PS 1280 2025 CUENTA DE COBRO JULIO 2025.pdf	PS 1280 2025 CUENTA DE COBRO JULIO 2025.pdf	Proveedor	Descargar	Detalle
☐	4 PS 1280 2025 CRP-19556.pdf	4 PS 1280 2025 CRP-19556.pdf	Comprador	Descargar	Detalle
☐	PS 1280 2025 CUENTA DE COBRO AGOSTO 2025.pdf	PS 1280 2025 CUENTA DE COBRO AGOSTO 2025.pdf	Proveedor	Descargar	Detalle
☐	PS 1280 2025 CUENTA DE COBRO SEPTIEMBRE 2025.pdf	PS 1280 2025 CUENTA DE COBRO SEPTIEMBRE 2025.pdf	Proveedor	Descargar	Detalle

Borrar Cargar nuevo

Cancelar

< Evaluación de la Entidad Estatal >

REPUBLICA DE COLOMBIA

ADMINISTRADORA COLOMBIANA DE PENSIONES - COLPENSIONES

RESOLUCIÓN NÚMERO SUB 274350
RADICADO No. 2018_8385867 20 OCT 2018

POR MEDIO DE LA CUAL SE RESUELVE UN TRAMITE DE PRESTACIONES ECONÓMICAS EN EL RÉGIMEN DE PRIMA MEDIA CON PRESTACION DEFINIDA VEJEZ – ORDINARIA

EL SUBDIRECTOR DE DETERMINACION DE LA DIRECCION DE PRESTACIONES ECONOMICAS DE LA ADMINISTRADORA COLOMBIANA DE PENSIONES - COLPENSIONES, en uso de las atribuciones inherentes al cargo y,

CONSIDERANDO

Que el doctor Doctor(a) QUINTERO LOPEZ FREDY , identificado(a) con CC número 79,581,111 y con T.P. NO. 278643 del Consejo Superior de la Judicatura, en calidad de apoderado de la señora **MATEUS FAJARDO MARTHA LUCIA,** identificado(a) con CC No. 51,613,901, solicita el 17 de julio de 2018 el reconocimiento y pago de una pensión mensual vitalicia de VEJEZ, radicada bajo el No 2018_8385867.

CONSIDERACIONES

Que el(la) peticionario(a) ha prestado los siguientes servicios:

ENTIDAD LABORO	DESDE	HASTA	NOVEDAD	DIAS
PERIODOCOS ASOCIADOS LTDA	19871123	19880131	TIEMPO SERVICIO	70
PERIODOCOS ASOCIADOS LTDA	19880201	19880731	TIEMPO SERVICIO	182
PERIODOCOS ASOCIADOS LTDA	19880801	19890131	TIEMPO SERVICIO	184
PERIODOCOS ASOCIADOS LTDA	19890201	19891231	TIEMPO SERVICIO	334
PERIODOCOS ASOCIADOS LTDA	19900101	19900406	TIEMPO SERVICIO	96
IMPRES TECNICAS INTERN LTDA	19900704	19901231	TIEMPO SERVICIO	181
IMPRES TECNICAS INTERN LTDA	19910101	19910630	TIEMPO SERVICIO	181
IMPRES TECNICAS INTERN LTDA	19910701	19911231	TIEMPO SERVICIO	184
IMPRES TECNICAS INTERN LTDA	19920101	19920531	TIEMPO SERVICIO	152
IMPRES TECNICAS INTERN LTDA	19920601	19920630	TIEMPO SERVICIO	30
IMPRES TECNICAS INTERN LTDA	19920701	19920930	TIEMPO SERVICIO	92
IMPRES TECNICAS INTERN LTDA	19921001	19921231	TIEMPO SERVICIO	92
IMPRES TECNICAS INTERN LTDA	19930101	19930331	TIEMPO SERVICIO	90
IMPRES TECNICAS INTERN LTDA	19930401	19930630	TIEMPO SERVICIO	91
IMPRES TECNICAS INTERN LTDA	19930701	19930930	TIEMPO SERVICIO	92
IMPRES TECNICAS INTERN LTDA	19931001	19931231	TIEMPO SERVICIO	92
IMPRES TECNICAS INTERN LTDA	19940101	19940831	TIEMPO SERVICIO	243
CARVAJAL SOLUCIONES DE COMUNIC	19950301	19950331	TIEMPO SERVICIO	30
CARVAJAL SOLUCIONES DE COMUNIC	19950401	19951031	TIEMPO SERVICIO	210
CARVAJAL SOLUCIONES DE COMUNIC	19951101	19951130	TIEMPO SERVICIO	30
CARVAJAL SOLUCIONES DE COMUNIC	19951201	19951231	TIEMPO SERVICIO	30
CARVAJAL SOLUCIONES DE COMUNIC	19960101	19960131	TIEMPO SERVICIO	30
CARVAJAL SOLUCIONES DE COMUNIC	19960201	19960229	TIEMPO SERVICIO	30
CARVAJAL SOLUCIONES DE COMUNIC	19960301	19960331	TIEMPO SERVICIO	30
CARVAJAL SOLUCIONES DE COMUNIC	19960401	19960430	TIEMPO SERVICIO	30
CARVAJAL SOLUCIONES DE COMUNIC	19960501	19960531	TIEMPO SERVICIO	30

Colpensiones

VICEPRESIDENCIA COMERCIAL Y DE SERVICIO AL CIUDADANO

Trámite de Notificación: 2018_13407575

PUNTO COLPENSIONES: OFICINA SECCIONAL A SALITRE
SUBTRÁMITE(S) RECONOCIMIENTO: 2018_13301673
OTROS SUBTRÁMITES:

TIPO DOCUMENTO CAUSANTE: CC
NÚMERO DOCUMENTO CAUSANTE: 51613901
NOMBRE CAUSANTE: MARTHA LUCIA MATEUS FAJARDO

En BOGOTÁ - BOGOTA D.C el 23 de octubre de 2018

Se presentó FREDY QUINTERO LOPEZ, identificado con CC 79581111 en calidad de Apoderado con tarjeta Profesional N° 278643. Con el fin de notificarse de la resolución N° SUB 274350 del 20 de octubre de 2018, mediante la cual SE RESUELVE UN TRAMITE DE PRESTACIONESECONÓMICAS EN EL RÉGIMEN DE PRIMA MEDIA CON PRESTACION DEFINIDAVEJEZ – ORDINARIA.

Enterado de su contenido, se informa que contra la presente Si procede el (los) recurso(s) de Reposición y/o en subsidio de apelación, los cuales en determinado caso deben ser interpuestos ante Colpensiones, dentro de los diez (10) días hábiles siguientes a la notificación en cumplimiento de lo dispuesto en el artículo 76 de la ley 1437 del 2011.

Para constancia de lo anterior, se suscribe por las personas que intervinieron en la diligencia y se hace entrega de la copia íntegra, auténtica y gratuita del acto administrativo.
En el evento que el reconocimiento de la prestación corresponda al cumplimiento de una orden judicial en la que hubiera condenado a la administradora del régimen de prima media al pago y/o reconocimiento de una prestación económica, declaro bajo juramento que
SI ___ NO X NO APLICA _____ he iniciado proceso ejecutivo para hacer efectivo el cumplimiento de dicha orden y/o que no he recibido pago alguno por este concepto so pena de incurrir en el delito de fraude procesal tipificado en el artículo 453 del código penal. Así mismo declaro bajo gravedad de juramento. So pena de incurrir en conducta tipificada en el artículo 442 del código penal Colombiano modificada por el artículo 8 de la ley 890 de 2004 "falso testimonio". El que en actuación judicial o Administrativa, bajo la gravedad de juramento ante autoridad competente, falte a la verdad o calle total o parcialmente, incurrirá en prisión de cuatro a ocho años, que NO he solicitado, ni devengo pensión alguna que provenga del erario público que contravenga con el artículo 128 de Constitución Política Colombiana. Igualmente no devengo pensión del sector público o privado de carácter compartida conforme al decreto 758 de 1990.

OBSERVACIONES _____

FIRMA:
NOMBRE NOTIFICADO: FREDY QUINTERO LOPEZ
CC 79581111

FIRMA:
NOMBRE NOTIFICADOR: Luis Alfredo Villareal Velandia
CC 80035233