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 PATRICIA GUERRERO GARCIA**			**CC:**	**52372572**
CORREO ELECTRÓNICO:	**PEDITUNS26@HOTMAIL.COM**			**TELÉFONO:**	**3178428126**
DIRECCIÓN DOMICILIO:	**CL 8 BIS 8B 04 ESTE**			**CIUDAD:**	**BOGOTA**
BANCO AL CUAL CONSIGNAR:	**BANCO CAJA SOCIAL**	**TIPO DE CUENTA:**	**AHORROS**	**N° CUENTA:**	**24121734840**
DATOS DEL CONTRATO O ADICION Y PERIODO OBJETO DE PAGO					
Nº DEL CONTRATO:	**PS 7408 2025**	**VALOR CORRESPONDIENTE AL PERIODO OBJETO DE COBRO**			**$ 2.284.200**
FECHA DE INICIO CONTRATO	**2025/10/07**	**FECHA DE TERMINACIÓN CONTRATO:**			**2025/10/31**
PERIODO OBJETO DE COBRO:	**DEL 2025/10/08 AL 2025/10/31**				

SANDRA PATRICIA GUERRERO GARCIA
PS_7408_2025_06EABA

NOMBRE Y FIRMA DEL CONTRATISTA:
SANDRA PATRICIA GUERRERO GARCIA
CC: 52372572
CEL: 3178428126

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 PATRICIA GUERRERO GARCIA			
	CON C.C N°	**52.372.572**	
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 7408 2025**	**FECHA INICIO CONTRATO**	**2025/10/07**
VALOR INICIAL DEL CONTRATO	$ 2.484.000	**No. HORAS EJECUTADAS**	**141**
VALOR TOTAL DEL CONTRATO INCLUIDO ADICIONES:	$ 2.484.000	**VALOR DE HONORARIOS PERÍODO A CERTIFICAR:**	$ 2.284.200
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	Presté mis servicios con calidad y oportunidad en el desarrollo de las actividades del convenio.
2	Presenté mensualmente el cronograma y el informe de las actividades ejecutadas.
3	Apoyé la prestación de servicios entregando la información y soportes solicitados conforme a los lineamientos técnicos.
4	Colaboré en las acciones orientadas al mejoramiento continuo de la calidad de los servicios de salud.
5	Realicé la apropiación conceptual de los anexos y lineamientos técnicos del convenio.
6	Desarrollé procesos de asistencia técnica según mi perfil profesional y los requerimientos establecidos.
7	Revisé, alisté y entregué con calidad los documentos y formatos generados durante las intervenciones.
8	Participé en los acercamientos comunitarios e institucionales requeridos para el desarrollo de las acciones.
9	Activé y notifiqué oportunamente los eventos de interés en salud pública identificados.
10	Asistí a las asistencias técnicas convocadas por la SDS conforme a las metas y productos establecidos.
11	Organicé el archivo de la documentación generada conforme a la normatividad vigente.
12	Cumplí con las obligaciones adicionales requeridas por la supervisión en el marco del contrato.
13	Realicé la caracterización sociodemográfica completa y los tamizajes correspondientes con calidad y veracidad.
14	Diligencié diariamente la información de la caracterización en el aplicativo GTAPS dentro del tiempo establecido.
15	Presenté el cronograma de actividades e insumos preparados, incluyendo mapas y datos poblacionales.
16	Elaboré y presenté el mapa y la matriz de información con los registros realizados durante la cartografía.
17	Participé en el comité territorial aportando al análisis de la información y conclusiones del equipo.
18	Registré las actividades en los instrumentos definidos, garantizando la calidad y veracidad de la información.
19	Gestioné y activé los riesgos en salud identificados mediante el agendamiento o notificación correspondiente.
20	Cumplí con todas las obligaciones asignadas según mi perfil y los lineamientos técnicos del convenio vigente.

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 (2025-10-08) 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:	COLFONDOS		$ 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	*SANDRA PATRICIA GUERRERO GARCIA* *PS_7408_2025_06EABA* **SANDRA PATRICIA GUERRERO GARCIA** **CC: 52372572**
FIRMA DE QUIEN VALIDA	*SANDRA YANNETH CONTRERAS PEÑALOSA* *PS_7408_2025_06EABA* **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_7408_2025_06EABA* **LIDA ESPERANZA MONTENEGRO PARRA** **SUPERVISOR DEL CONTRATO**

PAGOSIMPLE | AUTOLIQUIDACION CONSOLIDADA

Fecha creación reporte: 2025-10-15, 06:07:59 PM | Tipo Planilla: I: PLANILLA INDEPENDIENTES | Número Planilla: 1075590437

Periodo Cotización: septiembre de 2025 | Periodo Servicio: septiembre de 2025 | Referencia pago 8823170021

PAGADA 14/10/2025 EN HORARIO EXTENDIDO

I. DATOS DEL APORTANTE

Razón Social	SANDRA PATRICIA GUERRERO GARCIA		
Documento	CC52372572	Dirección	CL 81BIS #8 B - 04
Tipo de Empresa	INDEPENDIENTE	Teléfono	3178428128
Tipo Persona	NATURAL	Forma	ÚNICO
Ciudad	BOGOTA D.C.	Departamento	BOGOTA D.C.
Representante Legal		Identificación	
Total Afiliados	1	ARP	ARL SURA

II. DETALLE DEL APORTANTE

Datos 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	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 52372572	SANDRA PATRICIA GUERRERO GARCIA	59	0																	0	30	30	30	0	(231001) COLFONDOS	$1,423,500	$227,800	(EPS005) EPS SANITAS	$1,423,500	$178,000	2.436	$1,423,500	$34,700	(NIN-CC) NINGUNA CCF	$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 4446634 - Cali: 554 0515 - Medellín: 514 66 69 - Bucaramanga: 643 80 00 - Cartagena: 694 54 44 - Pereira: 340 25 82 - Barranquilla: 361 88 50 - 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.

OCT 11 2025 15:16:23 ICT11.2B EX

EXITO USME
CRA 1A 65DSUR-58
CORRESPONSAL
BANCO AV VILLAS

C.UNICO: 0012103453 TER: 03453032
C.BANC: 0052
ID CAJERO: 0052291144
RECIBO: 007158 RRN: 014061
APRO: 017664

RECAUDO
SERVICIO: 00006347
FACTURA: 0000000000000008823170021

** PAGO FACTURA **
TRANSACCION EXITOSA

RECAUDO $ 440.500

BANCO AV VILLAS es responsable por los servicios prestados por el CB. El CB no puede prestar servicios financieros por su cuenta.
Para reclamos comuniquese al:
01 8000518000
CONSERVE ESTA TIRILLA COMO SOPORTE.
*** CLIENTE ***

Powered by CamScanner

ÁREA DE APROBACIÓN

La fase del proceso fue aprobada.

Flujos de aprobación 1

MOSTRAR DETALLES

Flujos de aprobación 2

MOSTRAR DETALLES

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

Volver | Imprimir | Modificar | < | >

Ejecución del Contrato

◯ Porcentaje ◯ Recepción de artículos

Plan de Pagos

Id de pago	Número de factura	Fecha de emisión	Fecha de recepción	Valor neto de la factura	Valor total de la fac

No existen resultados que cumplan con los criterios de búsqueda especificados

Balance de pagos y Balance de entregas

		% del valor del contrato	% del valor amortizado
Valor total contrato:	22,285,528.00 COP	-	-
Valor anticipo:	0.00 COP	0%	-
Valor de las entregas	0.00 COP	0%	-
Valor facturado:	0.00 COP	0%	-
Valor facturado pendiente de pago:	0.00 COP	0%	-
Valor pagado:	0.00 COP	0%	-
Valor amortizado del anticipo:	0.00 COP	0%	0%
Valor pendiente de amortizar:	0.00 COP	0%	0%
Valor pendiente de ejecución:	22,285,528.00 COP	100%	-
Valor pendiente de entrega:	22,285,528.00 COP	100%	-

Documentos de ejecución del contrato

	Descripción	Nombre del archivo	Cargado por		
☐	2 PS 4776 2025 CRP-12712.pdf	2 PS 4776 2025 CRP-12712.pdf	Comprador	Descargar	Detalle
☐	3 PS 4776 2025 CRP-13079.pdf	3 PS 4776 2025 CRP-13079.pdf	Comprador	Descargar	Detalle
☐	4 PS 4776 2025 CRP-21229.pdf	4 PS 4776 2025 CRP-21229.pdf	Comprador	Descargar	Detalle
☐	5 PS 4776 2025 CRP-22699.pdf	5 PS 4776 2025 CRP-22699.pdf	Comprador	Descargar	Detalle

☐	6 PS 4776 2025 CRP-22867.pdf	6 PS 4776 2025 CRP-22867.pdf	Comprador	Descargar	Detalle
☐	PS 4776 2025 CUENTA DE COBRO MES MAY 2025.pdf	PS 4776 2025 CUENTA DE COBRO MES MAY 2025.pdf	Comprador	Descargar	Detalle
☐	PS 4776 2025 CUENTA DE COBRO MES SEPTIEMBRE 2025.pdf	PS 4776 2025 CUENTA DE COBRO MES SEPTIEMBRE 2025.pdf	Comprador	Descargar	Detalle
☐	PS 4776 2025 CRP 27-05-2025.pdf	PS 4776 2025 CRP 27-05-2025.pdf	Comprador	Descargar	Detalle
☐	PS 4776 2025 CUENTA COBRO MES MARZO 2025.pdf	PS 4776 2025 CUENTA COBRO MES MARZO 2025.pdf	Comprador	Descargar	Detalle
☐	PS 4776 2025 CUENTA DE COBRO ADICIONALES MES AGOSTO 2025.pdf	PS 4776 2025 CUENTA DE COBRO ADICIONALES MES AGOSTO 2025.pdf	Comprador	Descargar	Detalle
☐	PS 4776 2025 CUENTA DE COBRO FEBRERO 2025.pdf	PS 4776 2025 CUENTA DE COBRO FEBRERO 2025.pdf	Comprador	Descargar	Detalle
☐	PS 4776 2025 CUENTA DE COBRO MES ABRIL 2025.pdf	PS 4776 2025 CUENTA DE COBRO MES ABRIL 2025.pdf	Comprador	Descargar	Detalle
☐	PS 4776 2025 CUENTA DE COBRO MES MAR 2025.pdf	PS 4776 2025 CUENTA DE COBRO MES MAR 2025.pdf	Comprador	Descargar	Detalle
☐	PS 4776 2025 CUENTA DECOBRO MES AGOSTO 2025.pdf	PS 4776 2025 CUENTA DECOBRO MES AGOSTO 2025.pdf	Comprador	Descargar	Detalle
☐	PS 4776 2025 CUENTA DECOBRO MES JULIO 2025-1.pdf	PS 4776 2025 CUENTA DECOBRO MES JULIO 2025-1.pdf	Comprador	Descargar	Detalle
☐	PS 4776 2025 CUENTA DECOBRO MES JULIO 2025-2.pdf	PS 4776 2025 CUENTA DECOBRO MES JULIO 2025-2.pdf	Comprador	Descargar	Detalle
☐	PS 4776 2025 CUENTA DECOBRO MES JULIO 2025.pdf	PS 4776 2025 CUENTA DECOBRO MES JULIO 2025.pdf	Comprador	Descargar	Detalle
☐	PS 4776 2025 CUENTA DECOBRO MES JUNIO 2025.pdf	PS 4776 2025 CUENTA DECOBRO MES JUNIO 2025.pdf	Comprador	Descargar	Detalle

Borrar Cargar nuevo

© VORTAL 2019 Términos de uso Normativa Soporte Remoto Ayuda Español (Colombia) **018000-52-0808** www.colombiacompra.gov.co/soporte Lunes a Viernes 7:00 a.m. a 7:00 p.m.