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: (30-11-2025)					
NOMBRES Y APELLIDOS:	**RUTH ELIANA CASTRO SEPULVEDA**			**CC:**	**1031160455**
CORREO ELECTRÓNICO:	**ELIANASEPULVEDA1857@GMAIL.COM**			**TELÉFONO:**	**3187302995**
DIRECCIÓN DOMICILIO:	**KR 10G 80 SUR T5 APTO 402**			**CIUDAD:**	**BOGOTA**
BANCO AL CUAL CONSIGNAR:	**BANCO DAVIVIENDA S.A.**	**TIPO DE CUENTA:**	**AHORROS**	**N° CUENTA:**	**488446793942**
DATOS DEL CONTRATO O ADICION Y PERIODO OBJETO DE PAGO					
Nº DEL CONTRATO:	**PS 7641 2025**	**VALOR CORRESPONDIENTE AL PERIODO OBJETO DE COBRO**			**$ 2.980.800**
FECHA DE INICIO CONTRATO	**2025/10/14**	**FECHA DE TERMINACIÓN CONTRATO:**			**2025/11/30**
PERIODO OBJETO DE COBRO:	**DEL 2025/11/01 AL 2025/11/30**				

RUTH ELIANA CASTRO SEPULVEDA
PS_7641_2025_D6B131

NOMBRE Y FIRMA DEL CONTRATISTA:
RUTH ELIANA CASTRO SEPULVEDA
CC: 1031160455
CEL: 3187302995

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			
RUTH ELIANA CASTRO SEPULVEDA			
	CON C.C N°	**1.031.160.455**	
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 7641 2025**	**FECHA INICIO CONTRATO**	**2025/10/14**
VALOR INICIAL DEL CONTRATO	$ 1.788.480	**No. HORAS EJECUTADAS**	**184**
VALOR TOTAL DEL CONTRATO INCLUIDO ADICIONES:	$ 4.769.280	**VALOR DE HONORARIOS PERÍODO A CERTIFICAR:**	$ 2.980.800
PLAZO DEL CONTRATO INCLUYENDO PRORROGAS	DOS (2) MESES		
UNIDAD FUNCIONAL DE EJECUCIÓN DE ACTIVIDADES:	CENTRO DE SALUD PRIMERO DE MAYO		
NOMBRE DEL SUPERVISOR:	ANA MARGARET RABA SIERRA		

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	Obligacion 1.1. PRESTAR SUS SERVICIOS CON CALIDAD Y OPORTUNIDAD, PARA EL DESARROLLO DE LAS ACTIVIDADES DEL CONVENIO MAS BIENESTAR EQUIPOS BÁSICOS EXTRAMURALES, SUSCRITO ENTRE EL FDS Y LA SUBRED. 1.1.Actividades desarrolladas:Presté mis servicios de manera oportuna y con calidad en el desarrollo de mis actividades contractuales y responsabilidades según mi perfil. 1.2 Productos(evidencia):Entrega de actas con calidad.
2	Obligacion 2.PRESENTAR MENSUALMENTE EL CRONOGRAMA DE ACTIVIDADES A DESARROLLAR, ADICIONALMENTE CON LA FINALIZACIÓN DEL MES SE DEBE ENTREGAR UN INFORME DE LAS ACTIVIDADES DESARROLLADAS PARA LA EJECUCIÓN DE SUS ACTIVIDADES. 2.1.Actividades desarrolladas:Hice entrega y presentación del cronograma de actividades que desarrollé durante el mes, así como la presentación del informe correspondiente a las acciones desarrolladas para la ejecución de mis actividades 2.2 Productos(evidencia): Cronograma de actividades
3	Obligacion 3. APOYAR LA PRESTACIÓN DE SERVICIOS EN EL DEL CONVENIO MAS BIENESTAR EQUIPOS BÁSICOS EXTRAMURALES, PRESENTANDO LA INFORMACIÓN Y/O SOPORTES QUE SE SOLICITE CONFORME A LOS ANEXOS Y LINEAMIENTOS TÉCNICOS DEL CONVENIO VIGENTE Y SUSCRITO ENTRE EL FDS Y LA SUBRED. 3.1 Actividades desarrolladas:Apoye la prestación del servicio con la entrega productos y soportes conforme a los anexos y lineamientos dispuestos, garantizando calidad y veracidad en los mismos 3.2 Productos(evidencia): Entrega de actas conforme a los lineamientos .
4	Obligacion 4. APOYAR LAS ACTIVIDADES INHERENTES AL OBJETO DEL CONTRATO PARA EL MEJORAMIENTO CONTINUO DE CALIDAD Y AQUELLAS DEFINIDAS DENTRO DE LOS PLANES DE MEJORAMIENTO DE LOS DIFERENTES ESTÁNDARES DE HABILITACIÓN Y ACREDITACIÓN DE SERVICIOS DE SALUD. 4.1 Actividades desarrolladas: Apoye la prestación del servicio con la entrega productos y soportes conforme a los anexos y lineamientos dispuestos, garantizando calidad y veracidad en los mismos 4.2 Productos(evidencia):Registro Fotografico
5	Obligacion 5. REALIZAR APROPIACIÓN CONCEPTUAL DESDE SU PERFIL CON LOS ANEXOS Y LINEAMIENTOS TÉCNICOS DEL CONVENIO MAS BIENESTAR EQUIPOS BÁSICOS EXTRAMURALES SUSCRITO ENTRE EL FDS Y LA SUBRED. 5.1 Actividades desarrolladas: Participé en el proceso de inducción acorde a mi perfil apropiando los anexos y lineamientos técnicos del convenio MAS BIENESTAR EN TU HOGAR. 5.2 Productos(evidencia):Entrega de actas con apropiación conceptual
6	Obligacion 6. SUPERVISAR LOS PROCESOS DE ASISTENCIA TÉCNICA DESDE LOS DIFERENTES PROCESOS DE LOS EQUIPOS BÁSICOS EXTRAMURALES (HOGAR) CONFORME A SU SABER DISCIPLINAR Y PROFESIONAL, EN FUNCIÓN DE LOS REQUERIMIENTOS PROCESOS DISPUESTOS POR LA SECRETARIA DISTRITAL DE BOGOTÁ 6.1 Actividades desarrolladas:Apoye la prestación del servicio con la entrega productos y soportes conforme a los anexos y lineamientos dispuestos, garantizando calidad y veracidad en los mismos 6.2 Productos(evidencia):Entrega de soportes con veracidad.
	Obligacion 7. REALIZAR LA REVISIÓN, ALISTAMIENTO Y ENTREGA CON CALIDAD DE CADA UNO DE LOS FORMATOS, DOCUMENTOS, BASES O INFORMES GENERADOS COMO RESULTADO DE LAS ACCIONES O INTERVENCIONES REALIZADAS EN CUMPLIMIENTO A LOS ANEXOS Y LINEAMIENTOS TÉCNICOS DEL CONVENIO MAS BIENESTAR EQUIPOS BÁSICOS

7	EXTRAMURALES VIGENTE Y SUSCRITO ENTRE EL FDS Y LA SUBRED. 7.1 Actividades desarrolladas:Realicé revisión, verificación, alistamiento y entrega de cada uno de los formatos, documentos, bases e informes generados como resultado de las acciones e intervenciones realizadas durante el mes dando cumplimiento a los anexos y lineamientos técnicos garantizando la calidad en cada uno de estos entregables. 7.2 Productos(evidencia):Entrega de soportes con veracidad.
8	Obligacion 8. PARTICIPAR Y GESTIONAR LOS ACERCAMIENTOS COMUNITARIOS E INSTITUCIONALES QUE SE REQUIERAN, PARA EL DESARROLLO DE LAS ACCIONES DE CADA PROCESO. 8.1 Actividades desarrolladas:Realice las articulaciones necesarias para garantizar el desarrollo de las acciones del equipo interdisciplinario. 8.2 Productos(evidencia):Actas con acciones realizadas.
9	Obligacion 9. NOTIFICAR LOS EVENTOS DE INTERÉS EN SALUD PÚBLICA DETECTADOS EN SU EJERCICIO PARA CONOCIMIENTO Y ACTIVACIÓN DESDE EL PROCESO DE SOPORTE "COORDINACIÓN". 9.1 Actividades desarrolladas:Realicé oportunamente las notificaciones y eventos de interés en salud pública identificados en las acciones desarrolladas durante el mes. 9.2 Productos(evidencia):Entrega de soportes con veracidad.
10	10. PARTICIPAR EN LAS ASISTENCIAS TÉCNICAS CONVOCADAS POR SDS DE ACUERDO CON LOS PROCESOS ASIGNADOS Y CONFORME A LAS ACTIVIDADES, METAS Y PRODUCTOS ESTABLECIDOS EN LOS ANEXOS Y LINEAMIENTOS TÉCNICOS DEL CONVENIO MAS BIENESTAR EQUIPOS BÁSICOS EXTRAMURALES SUSCRITO ENTRE EL FDS Y LA SUBRED. 10.1 Actividades desarrolladas:Participé en el proceso de inducción acorde a mi perfil apropiando los anexos y lineamientos técnicos del convenio MAS BIENESTAR EN TU HOGAR 10.2 Productos(evidencia):Firmas de actas de reuniones , forms y registro fotografico
11	Obligacion 11. ORGANIZAR EL ARCHIVO DE LA DOCUMENTACIÓN GENERADA DE ACUERDO CON LA NORMATIVIDAD Y TABLA DE RETENCIÓN DOCUMENTAL. 11.1 Actividades desarrolladas:Participé y apoyé en el proceso de organización y gestión documental. 11.2 Productos(evidencia):Archivo o gestion documental mensual.
12	Obligacion 12. REALIZAR LAS DEMÁS OBLIGACIONES QUE SE RELACIONEN CON EL OBJETO DEL CONTRATO Y QUE SEAN REQUERIDAS POR LA SUPERVISIÓN. 12.1 Actividades desarrolladas:Realicé y desarrollé las actividades y obligaciones que se me direccionaron, las cuales están relacionadas con el objeto de mi contrato. 12.2 Productos(evidencia): Entrega de soportes requeridos segun lineamiento.
13	Obligacion 13. ACOMPAÑAMIENTO TERRITORIAL ACORDE A LAS NECESIDADES PRESENTADAS POR LOS PROFESIONALES. 13.1 Actividades desarrolladas:Desarrollé las actividades en campo y acompañamientos de acuerdo a lo estipulado según mis obligaciones contractuales. 13.2 Productos(evidencia): Entrega de soportes requeridos segun lineamiento.
14	Obligacion 14. DIGITALIZACIÓN DE PRODUCTOS DE CARACTERIZACIÓN DE ABORDAJE TERRITORIAL. 14.1 Actividades desarrolladas:Hice entrega oportuna de la documentación solicitada. 14.2 Productos(evidencia):Entrega de soportes requeridos segun lineamiento.
15	Obligacion 15. DIGITALIZACIÓN DE PRODUCTOS DE CARACTERIZACIÓN DE PLAN DE CUIDADO FAMILIAR. CONTENIDAS EN EL FORMATO DE NECESIDAD DE PERSONAL QUE HACE PARTE INTEGRAL DEL PRESENTE CONTRATO. 15.1 Actividades desarrolladas:Digitalización de producto por parte del usuario. 15.2 Productos(evidencia): Archivo plano con registro de derivaciónes, formulario de derivaciónes.
16	Obligacion 16. PARTICIPAR EN LAS JORNADAS Y RECORRIDOS NOCTURNOS QUE SE REALIZAN EN LAS INSTITUCIONES PARA LA ATENCIÓN DE POBLACIÓN CON HABITABILIDAD EN CALLE COMO HOGARES DE PASO. 16.1 Actividades desarrolladas:Realicé y desarrollé las actividades y obligaciones que se me direccionaron, las cuales están relacionadas con el objeto de mi contrato 16.2 Productos(evidencia): Registro fotografico y entrega de actas.
17	Obligacion 17. APOYAR LA CARACTERIZACIÓN DE LA POBLACIÓN CON HABITABILIDAD EN CALLE. 17.1 Actividades desarrolladas:Realicé y desarrollé las actividades y obligaciones que se me direccionaron, las cuales están relacionadas con el objeto de mi contrato 17.2 Productos(evidencia)Herramienta de consolidación de usuarios
18	Obligacion 18. DILIGENCIAR LA HERRAMIENTA INFORMÁTICA DE SEGUIMIENTO Y DE ACUERDO CON LOS LINEAMIENTOS TÉCNICOS DE SECRETARIA DISTRITAL DE SALUD. 18.1 Actividades desarrolladas:Realicé y desarrollé las actividades y obligaciones que se me direccionaron, las cuales están relacionadas con el objeto de mi contrato 18.2 Productos(evidencia):Herramienta de consolidación de usuarios
19	Obligacion 19. REALIZAR LA SOLICITUD DE CITAS Y EL APOYO A LA GESTIÓN DEL RIESGO DE LOS USUARIOS IDENTIFICADOS DESDE LO SOCIAL HASTA LO REFERENTE CON LAS ATENCIONES EN SALUD. 19.1 Actividades desarrolladas:Realicé y desarrollé las actividades y obligaciones que se me direccionaron, las cuales están relacionadas con el objeto de mi contrato 19.2 Productos(evidencia):Archivo plano con registro de derivaciónes, formulario de derivaciónes.
20	Obligacion 20. CUMPLIR, SEGÚN SU PERFIL Y RESPONSABILIDADES ASIGNADAS, CON TODAS LAS OBLIGACIONES ESTABLECIDAS EN EL ANEXO TÉCNICO DEL CONVENIO MÁS BIENESTAR VIGENTE, SUSCRITO ENTRE EL FDS Y LA SUBRED, ASÍ COMO CON LOS LINEAMIENTOS TÉCNICOS Y OPERATIVOS QUE DE ESTE SE DERIVEN. 20.1 Actividades desarrolladas:Realicé y desarrollé las actividades y obligaciones que se me direccionaron, las cuales están relacionadas con el objeto de mi contrato 20.2 Productos(evidencia):Entrega de soportes requeridos segun lineamiento

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 (2025-11-01) AL (2025-11-30)

IV. INFORMACIÓN DE APORTES A SEGURIDAD SOCIAL

No. DE PLANILLA:	N° 1076487542	OPERADOR:	SIMPLE

CONCEPTO DEL PAGO	ENTIDAD	FECHA DE PAGO	VALOR PAGADO
SALUD:	FAMISANAR	2025/11/11	$ 178.000
PENSIÓN:	COLPENSIONES	2025/11/11	$ 227.800
RIESGOS LABORALES:	POSITIVA	2025/11/11	$ 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	*RUTH ELIANA CASTRO SEPULVEDA* *PS_7641_2025_D6B131* **RUTH ELIANA CASTRO SEPULVEDA** **CC: 1031160455**
FIRMA DE QUIEN VALIDA	*SANDRA YANNETH CONTRERAS PEÑALOSA* *PS_7641_2025_D6B131* **SANDRA YANNETH CONTRERAS PEÑALOSA** **SUPERVISOR ALTERNO**
FIRMA DE QUIEN CONVALIDA EL CUMPLIMIENTO DE LAS OBLIGACIONES PARA EL PRESENTE PERIODO DE PAGO	*ANA MARGARET RABA SIERRA* *PS_7641_2025_D6B131* **ANA MARGARET RABA SIERRA** **SUPERVISOR DEL CONTRATO**

PAGOSIMPLE | AUTOLIQUIDACION CONSOLIDADA

Fecha creación reporte: 2025-11-13, 06:19:23 AM Tipo Planilla: I: PLANILLA INDEPENDIENTES Número Planilla: 1076487542

Periodo Cotización: octubre de 2025 Periodo Servicio: octubre de 2025

PAGADA 11/11/2025 EN HORARIO EXTENDIDO

I. DATOS DEL APORTANTE

Razón Social	RUTH ELIANA CASTRO SEPULVEDA		
Documento	CC1031160455	Dirección	TRV 9 A BIS 48 G -80 SUR APT 402 T 5
Tipo de Empresa	INDEPENDIENTE	Teléfono	3108091714
Tipo Persona	NATURAL	Forma	ÚNICO
Ciudad	BOGOTA D.C.	Departamento	BOGOTA D.C.
Representante Legal		Identificación	
Total Afiliados	1	ARP	POSITIVA DE SEGUROS

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 1031160455	RUTH ELIANA CASTRO SEPULVEDA	59	0																	0	30	30	30	0	(25-14) COLPENSIONES	$1,423,500	$227,800	(EPS017) FAMISANAR EPS	$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!

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

¡El Poder de lo SIMPLE!

¡Hola, Eliana castro!

Estado de la Transacción: Aprobada

Los siguientes son los datos de tu transacción:



Valor: $ 440.500

Empresa: SIMPLE OI

Descripción: Pago de Seguridad Social

Fecha de la transacción: 11/11/2025

CUS: 1922195557

Gracias por utilizar nuestro servicio.

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

< Evaluaci

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

Documentos de ejecución del contrato

	Descripción	Nombre del archivo	Cargado por
☐	PS_7641_2025_CUENTA_DE_COBRO_OCTUBRE_2025.pdf	PS_7641_2025_CUENTA_DE_COBRO_OCTUBRE_2025.pdf	Proveedor

Cancelar

< Evaluaci