PAGOSIMPLE | AUTOLIQUIDACION CONSOLIDADA

Fecha creación reporte: 2025-11-12, 03:28:03 PM **Tipo Planilla:** I: PLANILLA INDEPENDIENTES **Numéro Planilla:** 1076439874

Periodo Cotización: octubre de 2025 **Periodo Servicio:** octubre de 2025 **Referencia pago (PIN):** 8810266575

PAGADO 12/11/2025

I. DATOS DEL APORTANTE

Razón Social	SANDRA JANNETH SALINAS HERNANDEZ		
Documento	CC52883897	**Dirección**	CLL 1 A BIS # 7- 06
Tipo de Empresa	INDEPENDIENTE	**Teléfono**	2891455
Tipo Persona	NATURAL	**Forma Presentación**	ÚNICO
Ciudad	BOGOTA D.C.	**Departamento**	BOGOTA D.C.
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 52883897	SANDRA JEANNETH SALINAS HERNANDEZ	59	00																	0	30	30	30	0	(230301) PORVENIR	$ 1.423.500	$ 227.800	(EPS008) COMPENSAR 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.

Gmail

PSE - Transacción Aprobada ✅ CUS 1923919444

1 mensaje

<serviciopse@achcolombia.com.co> mié, 12 nov 2025 a las 15:09
Para: sandrilla409@hotmail.com

¡Hola, Sandra jeanneth salinas hernandez!

Los siguientes son los datos de tu transacción:

Valor: $ 440.500

Empresa: SISTEMA INTEGRADO MULTIPLE DE PAGOS ELECTRONICOS S

Descripción: Pago PSE. Ref:8810266575-202510-1191486. idTrans:1191486

Fecha de la transacción: 12/11/2025

CUS: 1923919444

Gracias por utilizar nuestro servicio.

Ten encuenta estos tips de seguridad:

- Usa dispositivos personales o de confianza para realizar tus pagos.
- No abras enlaces sospechosos.
- Cambia tus contraseñas con regularidad.
- Digita manualmente la URL del portal de tu entidad financiera.
- Recuerda que PSE nunca te contactará para solicitarte información personal.

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 l

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_7668_2025_CUENTA_DE_COBRO_OCTUBRE_2025.pdf	PS_7668_2025_CUENTA_DE_COBRO_OCTUBRE_2025.pdf	Proveedor	D

Bor

Cancelar

< Evaluación de l

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:	**SANDRA JEANNETH SALINAS HERNANDEZ**			**CC:**	**52883897**
CORREO ELECTRÓNICO:	**SANDRILLA409@HOTMAIL.COM**			**TELÉFONO:**	**3017213090**
DIRECCIÓN DOMICILIO:	**CL 1A BIS N° 7 - 06 ESTE**			**CIUDAD:**	**BOGOTA**
BANCO AL CUAL CONSIGNAR:	**BANCOLOMBIA**	**TIPO DE CUENTA:**	**AHORROS**	**N° CUENTA:**	**14173351705**
DATOS DEL CONTRATO O ADICION Y PERIODO OBJETO DE PAGO					
Nº DEL CONTRATO:	**PS 7668 2025**	**VALOR CORRESPONDIENTE AL PERIODO OBJETO DE COBRO**			**$ 2.980.800**
FECHA DE INICIO CONTRATO	**2025/10/15**	**FECHA DE TERMINACIÓN CONTRATO:**			**2025/11/30**
PERIODO OBJETO DE COBRO:	**DEL 2025/11/01 AL 2025/11/30**				

SANDRA JEANNETH SALINAS HERNANDEZ
PS_7668_2025_458B4A

NOMBRE Y FIRMA DEL CONTRATISTA:
SANDRA JEANNETH SALINAS HERNANDEZ
CC: 52883897
CEL: 3017213090

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 JEANNETH SALINAS HERNANDEZ			
	CON C.C N°	**52.883.897**	
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 7668 2025**	**FECHA INICIO CONTRATO**	**2025/10/15**
VALOR INICIAL DEL CONTRATO	$ 1.689.120	**No. HORAS EJECUTADAS**	**184**
VALOR TOTAL DEL CONTRATO INCLUIDO ADICIONES:	$ 4.669.920	**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	ACTIVIDAD DESARROLLADA: PRESTÉ EL SERVICIO CON CALIDAD Y A TIEMPO, CUMPLIENDO CON LO ESTABLECIDO EN EL CONVENIO MÁS BIENESTAR, SUSCRITO ENTRE LA FDS Y LA SUBRED. PRODUCTO (EVIDENCIA): FORMATOS DE ACTAS QUE SOPORTAN LAS ACTIVIDADES DESARROLLADAS Y LISTADOS DE ASISTENCIA A LOS DIFERENTES ESPACIOS PARTICIPATIVOS
2	ACTIVIDAD DESARROLLADA: ELABORÉ Y ENTREGUÉ MENSUALMENTE LOS CRONOGRAMAS CORRESPONDIENTES AL DESARROLLO DE ACTIVIDADES, AJUSTÁNDOLOS A LAS NECESIDADES ESPECÍFICAS DE LA COMUNIDAD. PRODUCTO (EVIDENCIA): ARCHIVO EN EXCEL QUE MUESTRA LAS ACTIVIDADES A DESARROLLAR DIARIAMENTE.
3	ACTIVIDAD DESARROLLADA: APOYÉ EL CUMPLIMIENTO DEL CONVENIO, ENTREGANDO LOS SOPORTES Y LA INFORMACIÓN SOLICITADA DE ACUERDO CON LOS LINEAMIENTOS ESTABLECIDOS. PRODUCTO (EVIDENCIA): APLICATIVO GTAPS-SDS , ACTAS DE SESIÓN COLECTIVA
4	ACTIVIDAD DESARROLLADA: PARTICIPÉ ACTIVAMENTE EN LOS PROCESOS DE MEJORAMIENTO CONTINUO, IMPLEMENTANDO ESTRATEGIAS INSTITUCIONALES Y ASEGURANDO EL CUMPLIMIENTO DE ESTÁNDARES DE HABILITACIÓN Y ACREDITACIÓN MEDIANTE SEGUIMIENTO, DOCUMENTACIÓN Y REPORTE OPORTUNO. 4.2. PRODUCTO (EVIDENCIA): FORMATOS DE ACTAS QUE SOPORTAN LAS ACTIVIDADES DESARROLLADAS Y LISTADOS DE ASISTENCIA A LOS DIFERENTES ESPACIOS PARTICIPATIVOS
5	ACTIVIDAD DESARROLLADA: CONOCÍ Y APLIQUÉ LOS ANEXOS Y LINEAMIENTOS TÉCNICOS DEL CONVENIO, SEGÚN MI PERFIL GESTOR MAS BIENESTAR . PRODUCTO (EVIDENCIA): ACTA DE APROPIACIÓN DEL LINEAMIENTO.
6	ACTIVIDADES DESARROLLADAS: PARTICIPÉ EN ESPACIOS DE FORTALECIMIENTO, ACTUALIZACIÓN Y APROPIACIÓN TÉCNICO DE LOS DIFERENTES PROCESOS DEL CONVENIO MÁS BIENESTAR, CONFORME A MI PERFIL GESTOR MAS BIENESTAR . PRODUCTO (EVIDENCIA): LISTADOS DE ASISTENCIA A LOS DIFERENTES ESPACIOS PARTICIPATIVOS
7	ACTIVIDAD DESARROLLADAREALIZAR IDENTIFICACIÓN DE LAS FAMILIAS UBICADAS EN CADA UNO DE LOS PUNTOS DE ASENTAMIENTO, CON EL APOYO DE LA HERRAMIENTA DISPUESTA PARA TAL FIN (APLICATIVO EN LÍNEA GTAPS-SDS), CON CADA UNO DE LOS MÓDULOS QUE LO COMPONEN ACORDE A LA NECESIDAD DE ABORDAJE PRODUCTO (EVIDENCIA):APLICATIVO GTAPS-SDS , ACTAS DE SESIÓN COLECTIVA
8	ACTIVIDAD DESARROLLADA: PARTICIPÉ EN ESPACIOS COMUNITARIOS E INSTITUCIONALES PARA DESARROLLAR LAS ACCIONES DEL CONVENIO. PRODUCTO (EVIDENCIA): LISTADOS DE ASISTENCIA A LOS DIFERENTES ESPACIOS PARTICIPATIVOS.
9	ACTIVIDADES DESARROLLADAS: DETECTÉ Y NOTIFIQUÉ LOS EVENTOS DE SALUD PÚBLICA IDENTIFICADOS DURANTE LAS INTERVENCIONES. PRODUCTO (EVIDENCIA): EN FORMATO DE PDF FICHAS DE NOTIFICACIÓN DILIGENCIADAS Y ENVIADAS A LA LÍDER OPERATIVA
10	ACTIVIDADES DESARROLLADAS: ASISTÍ A LAS ASISTENCIAS TÉCNICAS CONVOCADAS POR LA SDS, CUMPLIENDO CON LO ESTABLECIDO EN EL CONVENIO. PRODUCTO (EVIDENCIA): LISTADOS DE ASISTENCIA A LOS DIFERENTES ESPACIOS PARTICIPATIVOS

11	ACTIVIDADES DESARROLLADAS: REALICÉ CORRECTAMENTE LA GESTIÓN DE ARCHIVO DE LA DOCUMENTACIÓN GENERADA DE ACUERDO CON MI PERFIL GESTOR MAS BIENESTAR . PRODUCTO (EVIDENCIA): DOCUMENTACIÓN REVISADA Y GUARDADA EN MEDIO MAGNÉTICO Y FÍSICO DE ACUERDO CON EL PERFIL GESTOR MAS BIENESTAR EQUIPO EMBERA
12	ACTIVIDAD DESARROLLADA: CUMPLÍ CON OTRAS TAREAS RELACIONADAS CON EL OBJETO DEL CONTRATO, SEGÚN LAS SOLICITUDES DE LA SUPERVISIÓN. PRODUCTO (EVIDENCIA): FORMATOS DE ACTAS QUE SOPORTAN LAS ACTIVIDADES DESARROLLADAS Y LISTADOS DE ASISTENCIA A LOS DIFERENTES ESPACIOS PARTICIPATIVOS
13	ACTIVIDAD DESARROLLADA: IDENTIFIQUE EL RIESGO SEGUIMIENTO A LAS PRIORIDADES ACORDE A LAS NECESIDADES DE LA COMUNIDAD PRODUCTO (EVIDENCIA): PLANO DEL APLICATIVO DE GTAPS
14	ACTIVIDAD DESARROLLADA: DILIGENCIÉ OPORTUNAMENTE EL FORMATO DE CANALIZACIÓN SIRC CON CALIDAD Y VERACIDAD DEL DATO. PRODUCTO (EVIDENCIA): FORMATO DE CANALIZACIÓN SIRC.
15	ACTIVIDAD DESARROLLADA: REALIZAR LA ENTREGA MENSUAL DE LOS CRONOGRAMAS CORRESPONDIENTES AL DESARROLLO DE LAS ACTIVIDADES DEL CONVENIO MÁS BIENESTAR ACORDE A LAS NECESIDADES DE LOS NIÑOS Y NIÑAS MENORES DE 5 AÑOS CON DESNUTRICION, DIARREA, ENFERMEDAD RESPIRATORIA PRODUCTO (EVIDENCIA): DILIGENCIAMIENTO DE FORMATO EXCEL
16	GEORREFERENCIACIÓN DE LOS PUNTOS DONDE SE ACTIVIDAD A DESAROLLAR: BUSQUE LOS ASENTAMIENTOS DE LA POBLACIÓN INDÍGENA EMBERÁ.PRODUCTO (EVIDENCIA)APLICATIVO GTAPS-SDS
17	ACTIVIDAD DESARROLLADA :SE ASISTE Y PARTICIPAR ACTIVAMENTE EN EL COMITÉ TERRITORIAL JUNTO CON TODO EL EQUIPO, ACORDE A LA NECESIDAD DE LOS PUNTOS DE TRABAJO PRODUCTO (EVIDENCIA) LISTADOS DE ASITENCIAS Y ACTAS
18	ACTIVIDA DESARROLLADA:REALIZO IDENTIFICACIÓN DEL RIESGO Y SEGUIMIENTO A MENORES DE 5 AÑOS CON SINTOMATOLOGIA DE IRA, EDA, DESNUTRICION Y RIESGO DE DESNUTRICIÓN EN LA COMUNIDAD EMBERA PRODUCTO (EVIDENCIA) APLICATIVO GTAPS-SDS Y FORMATOS DE EVENTOS EN SALUD PUBLICA.
19	ACTIVIDAD DESARROLLADA: SE DETECTAR CON PRECISIÓN LOS RIESGOS EN SALUD DURANTE LAS VISITAS O ACTIVIDADES TERRITORIALES, REGISTRARLOS DE MANERA ADECUADA Y GESTIONARLOS INMEDIATAMENTE MEDIANTE EL AGENDAMIENTO DE CITAS, LA ACTIVACIÓN DE LAS RUTAS DE ATENCIÓN SEGÚN EL CASO Y LA NOTIFICACIÓN DE LOS EVENTOS DE INTERÉS EN SALUD PÚBLICA EN LOS FORMATOS OFICIALES, ASEGURANDO EL SEGUIMIENTO Y CIERRE DE CADA SITUACIÓN .PRODUCTOS (EVIDENCIA) APLICATIVO GTAPS-SDS, Y FORMATOS DE VIGILANCIA EN SALUD PUBLICA
20	ACTIVIDAD DESARROLLADA:SE REVISA DETALLADAMENTE EL ANEXO TÉCNICO DEL CONVENIO MÁS BIENESTAR Y LOS LINEAMIENTOS ASOCIADOS, IDENTIFICAR LAS RESPONSABILIDADES QUE CORRESPONDEN AL PERFIL DEL CARGO, EJECUTAR LAS ACTIVIDADES SEGÚN LOS CRONOGRAMAS ESTABLECIDOS, MANTENER REGISTROS DE LAS ACCIONES REALIZADAS Y PARTICIPAR EN LOS ESPACIOS DE SEGUIMIENTO Y EVALUACIÓN QUE DEFINAN EL FDS Y LA SUBRED. TODO EL TRABAJO DEBE REALIZARSE CONFORME A LAS NORMAS TÉCNICAS Y OPERATIVAS VIGENTES. PARA APOYO EN EL CONTROL Y ORGANIZACIÓN DE ESTAS TAREAS PRODUCTO (EVIDENCIA) ACTA DE ENTREGA DE PRODUCTOS

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° 1076439874	OPERADOR:	SIMPLE

CONCEPTO DEL PAGO	ENTIDAD	FECHA DE PAGO	VALOR PAGADO
SALUD:	COMPENSAR	2025/11/12	$ 178.000
PENSIÓN:	PORVENIR	2025/11/12	$ 227.800
RIESGOS LABORALES:	SURA	2025/11/12	$ 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	*SANDRA JEANNETH SALINAS HERNANDEZ* *PS_7668_2025_458B4A* **SANDRA JEANNETH SALINAS HERNANDEZ** **CC: 52883897**
FIRMA DE QUIEN VALIDA	*SANDRA YANNETH CONTRERAS PEÑALOSA* *PS_7668_2025_458B4A* **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_7668_2025_458B4A* **ANA MARGARET RABA SIERRA** **SUPERVISOR DEL CONTRATO**