**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:** | **ALEIDA MARIBEL GOMEZ ESPINOSA** | | | **CC:** | **52901083** |
| **CORREO ELECTRÓNICO:** | **AMGOMEZES@GMAIL.COM** | | | **TELÉFONO:** | **3118587720** |
| **DIRECCIÓN DOMICILIO:** | **DG 3 A 1 B 70 ESTE** | | | **CIUDAD:** | **BOGOTA** |
| **BANCO AL CUAL CONSIGNAR:** | **BBVA COLOMBIA** | **TIPO DE CUENTA:** | **AHORROS** | **N° CUENTA:** | **037108339** |
| **DATOS DEL CONTRATO O ADICION Y PERIODO OBJETO DE PAGO** | | | | | |
| **Nº DEL CONTRATO:** | **PS 1513 2025** | **VALOR CORRESPONDIENTE AL PERIODO OBJETO DE COBRO** | | | **$ 3.893.400** |
| **FECHA DE INICIO CONTRATO** | **2025/01/01** | **FECHA DE TERMINACIÓN CONTRATO:** | | | **2025/11/30** |
| **PERIODO OBJETO DE COBRO:** | **DEL 2025/11/01 AL 2025/11/30** | | | | |

*ALEIDA MARIBEL GOMEZ ESPINOSA*
*PS_1513_2025_1A4E4F*

**NOMBRE Y FIRMA DEL CONTRATISTA:**
**ALEIDA MARIBEL GOMEZ ESPINOSA**
**CC: 52901083**
**CEL: 3118587720**

| | | |
|---|---|---|
| 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**<br>**APOYO - GESTION DE CONTRATACIÓN**<br>**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<br>**VERSIÓN:** 2<br>**FECHA:** 2025-06-09 |

| | | | |
|---|---|---|---|
| **CELEBRADO ENTRE LA SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E Y** | | | |
| **ALEIDA MARIBEL GOMEZ ESPINOSA** | | | |
| | **CON C.C N°** | **52.901.083** | |
| **OBJETO DEL CONTRATO:** | PRESTAR SERVICIOS COMO PROFESIONAL DE APOYO A LA GESTION PARA DESARROLLAR ACTIVIDADES EN LA OFICINA DE PARTICIPACION COMUNITARIA Y SERVICIO AL CIUDADANO DE LA SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E. | | |
| **CONTRATO DE PRESTACION DE SERVICIOS PROFESIONALES No.** | **PS 1513 2025** | **FECHA INICIO CONTRATO** | **2025/01/01** |
| **VALOR INICIAL DEL CONTRATO** | $ 11.680.200 | **No. HORAS EJECUTADAS** | **0** |
| **VALOR TOTAL DEL CONTRATO INCLUIDO ADICIONES:** | $ 42.827.400 | **VALOR DE HONORARIOS PERÍODO A CERTIFICAR:** | $ 3.893.400 |
| **PLAZO DEL CONTRATO INCLUYENDO PRORROGAS** | ONCE (11) MESES | | |
| **UNIDAD FUNCIONAL DE EJECUCIÓN DE ACTIVIDADES:** | HOSPITAL SANTA CLARA | | |
| **NOMBRE DEL SUPERVISOR:** | ZULMA JANNETH LÓPEZ CUBIDES | | |

| 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 | SE PARTICIPÓ EN DOS ASISTENCIAS TÉCNICAS DE LA SECRETARÍA DISTRITAL DE SALUD Y AUDITORIA DE CONTROL INTERNO DE LA SUBRED, DANDO A CONOCER LOS PROCESOS DE LA OFICINA DE PARTICIPACIÓN COMUNITARIA Y SERVICIO AL CIUDADANO EN PQRS Y SERVICIO AL CIUDADANO. |
| 2 | SE ADELANTÓ EL PROCESO DE SOLICITUD Y REVISIÓN DE LOS DOCUMENTOS CONTRACTUALES REQUERIDOS PARA LOS COLABORADORES POR ORDEN DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS (98) DE LA OFICINA DE PARTICIPACIÓN COMUNITARIA Y SERVICIO A LA CIUDADANÍA, EN EL MARCO DEL PROCESO MASIVAS 2026. |
| 3 | SE ADELANTÓ EL SEGUIMIENTO Y REPORTE POR CORREO ELECTRÓNICO DE LA PRODUCTIVIDAD DE LOS SUBPROCESOS DE LA OFICINA (CAPACITACION Y ENCUESTAS A COLABORADORES Y USUARIOS) Y CURSOS DEL TALENTO HUMANO. |
| 4 | SE REALIZÓ EL SEGUIMIENTO A LA GESTIÓN ADMINISTRATIVA A LAS UNIDADES DE LA SUBRED CENTRO ORIENTE, IDENTIFICANDO OPORTUNIDADES DE MEJORA Y PROMOVIENDO ACCIONES ORIENTADAS AL FORTALECIMIENTO DE LOS PROCESOS DE LA OFICINA DE PARTICIPACIÓN COMUNITARIA Y SERVICIO AL CIUDADANO |
| 5 | SE TRABAJÓ DE MANERA ARTICULADA CON LOS PROFESIONALES DE LA OFICINA DE PARTICIPACIÓN COMUNITARIA Y SERVICIO AL CIUDADANO, LOGRANDO CONSOLIDAR OPORTUNAMENTE LOS INFORMES REQUERIDOS EN LA OFICINA. |
| 6 | SE CONSOLIDO LA INFORMACIÓN DE LOS INDICADORES DE GESTIÓN DE LA OFICINA DE PARTICIPACIÓN COMUNITARIA Y SERVICIO AL CIUDADANO, PARA EL MES DE NOVIEMBRE SE SUBIÓ A ALMERA EL DE SATISFACCIÓN |
| 7 | SE PARTICIPÓ EN LAS ASISTENCIAS TÉCNICAS DE LA SECRETARIA DISTRITAL DE SALUD Y AUDITORIA DE CONTROL INTERNO |
| 8 | SE DESARROLLARON LAS ACCIONES ADMINISTRATIVAS NECESARIAS PARA EL CUMPLIMIENTO DEL OBJETIVO CONTRACTUAL, GARANTIZANDO LA EJECUCIÓN OPORTUNA Y ADECUADA DE LAS RESPONSABILIDADES ASIGNADAS FORMATOS DE NOVEDADES, SUSPENSIÓN DE CONTRATO, ADICIONES A CONTRATO |
| 9 | SE PARTICIPÓ EN LA AUDITORIA DE CONTROL INTERNO DE LA SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE ESE |
| 10 | SE HACE EL SEGUIMIENTO PARA LOS PLANES DE MEJORA DE LA OFICINA DE PARTICIPACIÓN COMUNITARIA Y SERVICIO AL CIUDADANO EN EL APLICATIVO ALMERA |
| 11 | SE REALIZO EN AULA CO EL CURSO DE ACOSO LABORAL |
| 12 | SE PARTICIPÓ EN LA REUNIÓN DE FORTALECIMIENTO DE LA OFICINA DE PARTICIPACIÓN COMUNITARIA REALIZADA EN EL HOSPITAL SANTA CLARA AUDITORIO PRIMER PISO |
| 13 | SE APOYAN LAS NECESIDADES DE LOS SUBPROCESOS DE LA OFICINA DE PARTICIPACIÓN COMUNITARIA Y SERVICIO AL CIUDADANO |
| 14 | SE GARANTIZA LA RESERVA Y CONFIDENCIALIDAD DE DATOS E INFORMACIÓN DE LOS DIFERENTES APLICATIVOS INSTITUCIONALES |
| 15 | SE CUMPLE CON LAS OBLIGACIONES DE ACUERDO CON LA DEMANDA Y TIEMPOS REQUERIDOS SEGÚN LAS NECESIDADES DEL SERVICIO EN LOS CENTROS DE SALUD Y HOSPITALES QUE CONFORMAN LA SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E |
| 16 | SE PORTA VISIBLEMENTE LOS ELEMENTOS INSTITUCIONALES Y ADECUADA PRESENTACIÓN PERSONAL DANDO CUMPLIMIENTO A LOS MANUALES Y PROCEDIMIENTOS DE LA OFICINA Y DE LA SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E. |

| | |
|---|---|
| 17 | SE CUMPLEN LAS DEMÁS OBLIGACIONES QUE SEAN ASIGNADAS EN LA REALIZACIÓN DEL OBJETO CONTRACTUAL. |

**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° 9494142437 | OPERADOR: | APORTES EN LINEA |

| CONCEPTO DEL PAGO | ENTIDAD | FECHA DE PAGO | VALOR PAGADO |
|---|---|---|---|
| SALUD: | SURA | 2025/11/19 | $ 200.000 |
| PENSIÓN: | COLPENSIONES | 2025/11/19 | $ 256.000 |
| RIESGOS LABORALES: | SEGUROS BOLIVAR | 2025/11/19 | $ 39.000 |
| OTRO | | | |
| TOTAL PAGADO | | | $ 495.000 |

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** | *ALEIDA MARIBEL GOMEZ ESPINOSA*<br>*PS_1513_2025_1A4E4F*<br>**ALEIDA MARIBEL GOMEZ ESPINOSA**<br>**CC: 52901083** |
| **FIRMA DE QUIEN CONVALIDA EL CUMPLIMIENTO DE LAS OBLIGACIONES PARA EL PRESENTE PERIODO DE PAGO** | *ZULMA JANNETH LÓPEZ CUBIDES*<br>*PS_1513_2025_1A4E4F*<br>**ZULMA JANNETH LÓPEZ CUBIDES**<br>**SUPERVISOR DEL CONTRATO** |

aportes en línea

# Resumen General de Pago

DATOS GENERALES DEL APORTANTE

| Identificación | dv | Razon Social | Clase Aportante | Sucursal Principal | Direccion | Ciudad-Departamento | Teléfono | Exonerado SENA e ICBF |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| CC 52901083 | | GOMEZ ESPINOSA ALEIDA MARIBEL | INDEPENDIENTE | PRINCIPAL | DG 3A # 1B - 70 ESTE | BOGOTA-BOGOTA D.E. | 2899599 | No |

DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION

| Periodo | | Clave | | Tipo | Fecha | | Pago | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| Pensión | Salud | Pago | Planilla | Planilla | Limite | Pago | Banco | Dias Mora | Valor |
| 2025-10 | 2025-10 | 1939823210 | 9494142437 | I | 2025/11/24 | 2025/11/19 | BANCO DAVIVIENDA | 0 | $527,000 |

**LIQUIDACION DETALLADA DE APORTES**

| EMPLEADO | | | | | PENSION | | SALUD | | | | CCF | | | | RIESGOS | | | | PARAFISCALES | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| No. | Identificación | Nombres | Codigo | Días | IBC | Aporte | Codigo | Días | IBC | Aporte | Codigo | Días | IBC | Aporte | Codigo | Días | IBC | Aporte | Días | IBC | Aporte |
| **Sucursal: PRINCIPAL (1 Afiliados)** | | | | | $1,600,000 | $256,000 | | | $1,600,000 | $200,000 | | | $1,600,000 | $32,000 | | | $1,600,000 | $39,000 | | $0 | $0 |
| **Centro de Trabajo: PRINCIPAL ( 1 Afiliados)** | | | | | $1,600,000 | $256,000 | | | $1,600,000 | $200,000 | | | $1,600,000 | $32,000 | | | $1,600,000 | $39,000 | | $0 | $0 |
| Ciudad: BOGOTA Depto: BOGOTA D.E. ( 1 Afiliados) | | | | | $1,600,000 | $256,000 | | | $1,600,000 | $200,000 | | | $1,600,000 | $32,000 | | | $1,600,000 | $39,000 | | $0 | $0 |
| 1 | CC 52901083 | GOMEZ ALEIDA | 25-14 | 30 | $1,600,000 | $256,000 | EPS010 | 30 | $1,600,000 | $200,000 | CCF21 | 30 | $1,600,000 | $32,000 | 14-7 | 30 | $1,600,000 | $39,000 | 30 | $0 | $0 |
| **Total Afiliados( 1)** | | | | | $1,600,000 | $256,000 | | | $1,600,000 | $200,000 | | | $1,600,000 | $32,000 | | | $1,600,000 | $39,000 | | $0 | $0 |

aportes en línea

# Resumen General de Pago

DATOS GENERALES DEL APORTANTE

| Identificación | dv | Razon Social | Clase Aportante | Sucursal Principal | Direccion | Ciudad-Departamento | Teléfono | Exonerado SENA e ICBF |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| CC 52901083 | | GOMEZ ESPINOSA ALEIDA MARIBEL | INDEPENDIENTE | PRINCIPAL | DG 3A # 1B - 70 ESTE | BOGOTA-BOGOTA D.E. | 2899599 | No |

DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION

| Periodo | | Clave | | Tipo | Fecha | | Pago | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| Pensión | Salud | Pago | Planilla | Planilla | Limite | Pago | Banco | Dias Mora | Valor |
| 2025-10 | 2025-10 | 1939823210 | 9494142437 | I | 2025/11/24 | 2025/11/19 | BANCO DAVIVIENDA | 0 | $527,000 |

**RESUMEN DE PAGO**

| RIESGO | CODIGO | NIT | DV | AFILIADOS | VALOR LIQUIDADO | INTERESES MORA | SALDOS E INCAPACIDADES | VALOR A PAGAR |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| AFP (ADMINISTRADORAS: 1) | | | | 1 | $256,000 | $0 | $0 | $256,000 |
| COLPENSIONES | 25-14 | 900,336,004 | 7 | 1 | $256,000 | $0 | $0 | $256,000 |
| ARL (ADMINISTRADORAS: 1) | | | | 1 | $39,000 | $0 | $0 | $39,000 |
| SEGUROS BOLIVAR | 14-7 | 860,002,503 | 2 | 1 | $39,000 | $0 | $0 | $39,000 |
| CCF (ADMINISTRADORAS: 1) | | | | 1 | $32,000 | $0 | $0 | $32,000 |
| CAFAM | CCF21 | 860,013,570 | 3 | 1 | $32,000 | $0 | $0 | $32,000 |
| EPS (ADMINISTRADORAS: 1) | | | | 1 | $200,000 | $0 | $0 | $200,000 |
| EPS SURA (ANTES SUSALUD) | EPS010 | 800,088,702 | 2 | 1 | $200,000 | $0 | $0 | $200,000 |
| TOTAL | | | | 1 | $527,000 | $0 | $0 | $527,000 |