PAGOSIMPLE | AUTOLIQUIDACION CONSOLIDADA

Fecha creación reporte: 2025-11-20, 08:51:37 AM **Tipo Planilla:** I: PLANILLA INDEPENDIENTES **Numéro Planilla:** 1077384853

Periodo Cotización: octubre de 2024 **Periodo Servicio:** octubre de 2024 **Referencia pago (PIN):** 8823636780

PAGADO 20/11/2025

I. DATOS DEL APORTANTE

Razón Social	JENNIFER ALEXANDRA HERNANDEZ SEPULVEDA		
Documento	CC1023905581	**Dirección**	CR 12 #27 - 51
Tipo de Empresa	INDEPENDIENTE	**Teléfono**	3159268669
Tipo Persona	NATURAL	**Forma Presentación**	ÚNICO
Ciudad	BOGOTA D.C.	**Departamento**	BOGOTA D.C.
Representante Legal		**Identificación**	
Total Afiliados	1	**ARP**	NINGUNA ARP

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 1023905581	JENNIFER ALEXANDRA HERNANDEZ SEPULVEDA	03	00	X																0	6	6	0	0	(230301) PORVENIR	$ 260.000	$ 41.600	(EPS008) COMPENSAR EPS	$ 260.000	$ 32.500	0,000	$ 0	$ 0	(NIN-CC) NINGUNA CCF	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 74.100

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
$ 260.000	$ 260.000	$ 0	$ 0	$ 41.600	$ 32.500	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 74.100	$ 17.300	$ 91.400

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.

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:	**JENNIFER ALEXANDRA HERNANDEZ SEPULVEDA**			**CC:**	**1023905581**
CORREO ELECTRÓNICO:	**ALEXAPSICOLOGA06@GMAIL.COM**			**TELÉFONO:**	**3159268669**
DIRECCIÓN DOMICILIO:	**CL 26B SUR 12 40**			**CIUDAD:**	**BOGOTA**
BANCO AL CUAL CONSIGNAR:	**BANCO AV VILLAS**	**TIPO DE CUENTA:**	**AHORROS**	**N° CUENTA:**	**004951963**
DATOS DEL CONTRATO O ADICION Y PERIODO OBJETO DE PAGO					
Nº DEL CONTRATO:	**PS 1189 2025**	**VALOR CORRESPONDIENTE AL PERIODO OBJETO DE COBRO**			**$ 3.747.200**
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**				

JENNIFER ALEXANDRA HERNANDEZ SEPULVEDA
PS_1189_2025_F30A21

NOMBRE Y FIRMA DEL CONTRATISTA:
JENNIFER ALEXANDRA HERNANDEZ SEPULVEDA
CC: 1023905581
CEL: 3159268669

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			
JENNIFER ALEXANDRA HERNANDEZ SEPULVEDA			
	CON C.C N°	**1.023.905.581**	
OBJETO DEL CONTRATO:	PRESTAR SERVICIOS PROFESIONALES COMO PSICOLOGO PARA DESARROLLAR ACTIVIDADES EN LA DIRECCION DE AMBULATORIOS DE LA SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E.		
CONTRATO DE PRESTACION DE SERVICIOS PROFESIONALES No.	**PS 1189 2025**	**FECHA INICIO CONTRATO**	**2025/01/01**
VALOR INICIAL DEL CONTRATO	$ 13.939.584	**No. HORAS EJECUTADAS**	**200**
VALOR TOTAL DEL CONTRATO INCLUIDO ADICIONES:	$ 40.732.064	**VALOR DE HONORARIOS PERÍODO A CERTIFICAR:**	$ 3.747.200
PLAZO DEL CONTRATO INCLUYENDO PRORROGAS	ONCE (11) MESES		
UNIDAD FUNCIONAL DE EJECUCIÓN DE ACTIVIDADES:	CENTRO DE SALUD DIANA TURBAY		
NOMBRE DEL SUPERVISOR:	FERNANDO MONTENEGRO SALCEDO		

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 REALIZAN ACTIVIDADES Y PROCEDIMIENTOS DIAGNÓSTICOS Y TERAPÉUTICOS CON ENFOQUE INDIVIDUAL, QUE SE DESARROLLAN CON ALTOS ESTÁNDARES CIENTÍFICOS, ÉTICOS Y HUMANOS, ORIENTADOS AL BIENESTAR INTEGRAL DE LOS PACIENTES. ESTAS ACTIVIDADES SE LLEVAN A CABO DE MANERA OPORTUNA Y PERTINENTE, GARANTIZANDO QUE LAS INTERVENCIONES RESPONDAN A LAS NECESIDADES PARTICULARES DE CADA USUARIO, PROMOVIENDO EL MEJORAMIENTO DE SU SALUD MENTAL Y SU CALIDAD DE VIDA, SE REALIZA EL PROCESO DE CERTIFICACIÓN DE DISCAPACIDAD ESTABLECIDO EN EL DESARROLLO DE LA NORMATIVA, CUMPLIENDO DE FORMA SATISFACTORIA CON TODOS LOS ESTÁNDARES ÉTICOS PROPIOS DE LA ESPECIALIDAD DENTRO DE LA INTERVENCIÓN EN EL PROCESO DE CERTIFICACIÓN DE DISCAPACIDAD, GARANTIZANDO UNA ATENCIÓN DE CALIDAD Y RESPETUOSA DE LOS DERECHOS DE LOS PACIENTES, DE ACUERDO CON LOS PRINCIPIOS CIENTÍFICOS Y ÉTICOS ESTABLECIDOS PARA ASEGURAR UNA EVALUACIÓN RIGUROSA Y OPORTUNA EN MODALIDADA INTRA MUR
2	SE GENERA LA REVISIÓN, CONTACTO, COMUNICACIÓN Y AGENDAMIENTO DE LOS USUARIOS ENVIADOS EN LA BASE DE DATOS POR PARTE DE LA SECRETARÍA DE SALUD PARA EL PROCESO DE CERTIFICACIÓN DE DISCAPACIDAD. ESTE PROCESO INCLUYE LA VALIDACIÓN DE LOS DATOS DE LOS USUARIOS, LA PROGRAMACIÓN DE CITAS SEGÚN LA DISPONIBILIDAD, Y LA COORDINACIÓN CON LOS PROFESIONALES DEL EQUIPO MULTIDISCIPLINARIO PARA LA EVALUACIÓN Y SEGUIMIENTO ADECUADOS. TODO SE GESTIONA DE MANERA ORGANIZADA Y CONFORME A LOS PROCEDIMIENTOS ESTABLECIDOS, ASEGURANDO LA ATENCIÓN OPORTUNA Y EFICIENTE DE LOS USUARIOS EN EL MARCO DE LA CERTIFICACIÓN DE DISCAPACIDAD. SE GENERA LA CREACION DE USUARIOS EN LA PLATAFORMA DINAMICA, Y GESTION DE SOLICITUD DE APERTURAS DE AGENDA DE LOSPROFESIONALES DE FORM MENSUAL A CENTRAL DE AGENDAS , PARA GENERAR EL CRGUE DE LA AGENDA DEL PROCESO DE CERTIFICACION DE DISCAPACIDAD EN DINAMICA
3	EN CUMPLIMIENTO DE LAS FUNCIONES ASIGNADAS Y EN EL MARCO DE LA ADECUADA GESTIÓN DE LOS RECURSOS PÚBLICOS, SE LLEVÓ A CABO EL PROCESO DE SEGUIMIENTO FINANCIERO CORRESPONDIENTE, BAJO LA RESPONSABILIDAD DE LA SUBRED CENTRO ORIENTE. DICHO PROCESO INCLUYÓ LA VERIFICACIÓN, CONSOLIDACIÓN Y ANÁLISIS DE LA INFORMACIÓN FINANCIERA RELACIONADA CON LA EJECUCIÓN PRESUPUESTAL DE LOS RECURSOS ASIGNADOS POR EL MINISTERIO DE SALUD Y PROTECCIÓN SOCIAL, ASÍ COMO POR LA SECRETARÍA DISTRITAL DE SALUD.
4	SE GENERA POR CADA ATENCIÓN EL CARGUE DE LA INFORMACIÓN DEL PROCESO DE CERTIFICACIÓN DE DISCAPACIDAD EN LA PLATAFORMA SISPRO, SEGÚN LO RELACIONADO DENTRO DE LA JUNTA MÉDICA DE DISCAPACIDAD, CUMPLIENDO CON LOS PROCEDIMIENTOS Y ESTÁNDARES ESTABLECIDOS EN LA NORMATIVIDAD VIGENTE. ESTA ACCIÓN ASEGURA QUE TODA LA INFORMACIÓN RELEVANTE DEL PACIENTE SEA REGISTRADA DE MANERA OPORTUNA Y CORRECTA, GARANTIZANDO LA CONTINUIDAD Y LA CALIDAD DEL PROCESO DE CERTIFICACIÓN, , EL PROCESO DE DILIGENCIAMIENTO Y REGISTRO DE LA HISTORIA CLÍNICA SE REALIZA DE MANERA COMPLETA, SISTEMÁTICA Y EN ESTRICTO CUMPLIMIENTO CON LAS NORMATIVAS VIGENTES, GARANTIZANDO LA CALIDAD Y LA CONFIDENCIALIDAD DE LA INFORMACIÓN DOCUMENTADA. ESTE PROCESO RESPALDA LAS INTERVENCIONES REALIZADAS A CADA PACIENTE, ASEGURANDO LA TRAZABILIDAD Y EL SOPORTE TÉCNICO Y ÉTICO DE LAS ACCIONES TERAPÉUTICAS.
	SE GENERA CONSULTA DESDE EL PERFIL DE PSICOLOGÍA EN CONSULTA EXTERNA, EN EL MARCO DE LA PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE CERTIFICACIÓN DE DISCAPACIDAD, EN MODALIDAD INTRAMURAL EN EL CENTRO DE SALUD ANTONIO NARIÑO Y EN MODALIDAD DOMICILIARIA. SE REALIZÓ UNA EVALUACIÓN EXHAUSTIVA DEL PACIENTE, ESTABLECIENDO OBJETIVOS TERAPÉUTICOS CLAROS Y PERSONALIZADOS, RESPETANDO EN TODO MOMENTO LAS NORMAS ÉTICAS Y DE

5	CONFIDENCIALIDAD A LO ESTABLECIDO EN LA RESOLUCION
6	SE GARANTIZA EL CUMPLIMIENTO DE LOS PLAZOS ESTABLECIDOS PARA EL DESARROLLO DE CADA CONSULTA, CONFORME A LOS LINEAMIENTOS NORMATIVOS Y PROTOCOLARIOS DE LA SUBRED. EN PARALELO, SE IMPLEMENTA UNA GESTIÓN TEMPORAL QUE ATIENDE LA CONTINGENCIA ACTUAL EN LA SECRETARÍA DE SALUD DESDE LAS SOLICITUDES DE CERTIFICACIÓN DE DISCAPACIDAD, PRIORIZANDO LA COMUNICACIÓN EFECTIVA Y EL AGENDAMIENTO OPORTUNO DE LOS USUARIOS. DICHO PROCESO INVOLUCRA LA VALIDACIÓN DE LA BASE DE DATOS, LA ASIGNACIÓN Y REASIGNACION DE CITAS SEGUIMIENTO A LAS MISMAS.
7	EL PROCESO INCLUYE LA RECEPCIÓN DE ÓRDENES POR PARTE DE LA SECRETARÍA DE SALUD, EN EL CUAL SE REALIZA UNA VERIFICACIÓN DETALLADA DE LOS CÓDIGOS EN EL SISTEMA SISPRO. UNA VEZ CONFIRMADOS LOS CÓDIGOS, SE PROCEDE A CARGAR LA INFORMACIÓN CORRESPONDIENTE A LA CERTIFICACIÓN DE DISCAPACIDAD EN EL APLICATIVO ESPECÍFICO. ESTE PROCEDIMIENTO GARANTIZA QUE LOS DATOS SE REGISTREN DE FORMA CORRECTA Y SE MANTENGAN ACTUALIZADOS EN EL SISTEMA PARA SU ADECUADO SEGUIMIENTO Y CONSULTA.
8	SE REALIZA UN SEGUIMIENTO OPORTUNO DE LOS USUARIOS PENDIENTES PARA LA VALORACIÓN DE LA CERTIFICACIÓN DE DISCAPACIDAD, GARANTIZANDO QUE LOS TIEMPOS ESTABLECIDOS PARA CADA FASE DEL PROCESO SEAN CUMPLIDOS. SE LLEVA A CABO UNA REVISIÓN EXHAUSTIVA DE LA INFORMACIÓN PROPORCIONADA
9	SE CUMPLER CON LA ASISTENCIA A LOS ENCUENTROS CONVOCADOS POR LA SECRETARÍA DE SALUD Y EL MINISTERIO SE REALIZA CON EL PROPÓSITO DE GARANTIZAR UNA COMUNICACIÓN EFECTIVA Y ARTICULADA EN TORNO AL PROCESO DE IMPLEMENTACIÓN DE LA CERTIFICACIÓN DE DISCAPACIDAD. ESTOS ESPACIOS SE ENFOCAN EN LA SOCIALIZACIÓN DE SOLICITUDES, GESTIONES ADMINISTRATIVAS Y TÉCNICAS, ASÍ COMO EN LA RESOLUCIÓN DE INQUIETUDES QUE PUEDAN SURGIR DURANTE LA FASE INICIAL DEL PROCESO, DESDE EL PROCESO DE GESTION DOCUMENTAL DEL NUEVO CONTRATO A EJECUTAR
10	SE REALIZA LA GESTIÓN, SOLICITUD Y RADICACIÓN DE LA INFORMACIÓN SOLICITADA POR LA SECRETARÍA DE SALUD QUE SON ESENCIALES EN EL PROCESO DE CERTIFICACIÓN DE DISCAPACIDAD. RECOPILAR, ORGANIZAR Y ENVIAR LOS DOCUMENTOS NECESARIOS, SOLICITANDO INFORMACIÓN ADICIONAL CUANDO SEA NECESARIO Y ASEGURANDO QUE TODA LA DOCUMENTACIÓN SE ENTREGUE DENTRO DE LOS PLAZOS ESTABLECIDOS, CONFORME A LOS REQUERIMIENTOS DE LA SECRETARÍA DE SALUD. SE GENERA EL ENVIO DE INFORME MENSUAL, DE CUMPLIMIENTO DE ACTIVIDADES CON RADICACION DE LAS FACTURAS ESTABLECIDAS Y APROBADAS POR PARTE DE SDIS E INFORMES TRIMESTRALES A MINISTERIO DE ALUD Y TRAMITE EN GESTION DE DOCUMENTACION REQUERIDA PARA EL PROCESO DE NUEVO CONTRATO A SUSCRIBIR CON FFDS, SOLICITUD DE FIRMAS CONTRACTUALES, DE POLIZAS Y DOCUMENTACION REQUERIDA PARA EL PROCESO

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° 1076470138	OPERADOR:	SIMPLE

CONCEPTO DEL PAGO	ENTIDAD	FECHA DE PAGO	VALOR PAGADO
SALUD:	COMPENSAR	2025/11/15	$ 187.400
PENSIÓN:	PORVENIR	2025/11/15	$ 239.900
RIESGOS LABORALES:	POSITIVA	2025/11/15	$ 36.600
OTRO			
TOTAL PAGADO			$ 463.900

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	*JENNIFER ALEXANDRA HERNANDEZ SEPULVEDA* *PS_1189_2025_F30A21* **JENNIFER ALEXANDRA HERNANDEZ SEPULVEDA** **CC: 1023905581**
FIRMA DE QUIEN CONVALIDA EL CUMPLIMIENTO DE LAS OBLIGACIONES PARA EL PRESENTE PERIODO DE PAGO	*FERNANDO MONTENEGRO SALCEDO* *PS_1189_2025_F30A21* **FERNANDO MONTENEGRO SALCEDO** **SUPERVISOR DEL CONTRATO**