

		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: (31-12-2025)					
NOMBRES Y APELLIDOS:	SANDRA MARLIT PASTRANA JIMENEZ			CC:	51753876
CORREO ELECTRÓNICO:	SANDRAPASTRANAJIMENEZ@GMAIL.COM			TELÉFONO:	3143190009
DIRECCIÓN DOMICILIO:	TV 69B 9D 90 AP 301 IN 10 ET 344			CIUDAD:	BOGOTA
BANCO AL CUAL CONSIGNAR:	BANCO DAVIVIENDA S.A.	TIPO DE CUENTA:	AHORROS	N° CUENTA:	008480317570
DATOS DEL CONTRATO O ADICION Y PERIODO OBJETO DE PAGO					
N° DEL CONTRATO:	PS 1055 2025	VALOR CORRESPONDIENTE AL PERIODO OBJETO DE COBRO		\$ 4.309.280	
FECHA DE INICIO CONTRATO	2025/01/01	FECHA DE TERMINACIÓN CONTRATO:		2026/01/15	
PERIODO OBJETO DE COBRO:	DEL 2025/12/01 AL 2025/12/31				
 SANDRA MARLIT PASTRANA JIMENEZ PS_1055_2025_679A23 NOMBRE Y FIRMA DEL CONTRATISTA: SANDRA MARLIT PASTRANA JIMENEZ CC: 51753876 CEL: 3143190009					

CELEBRADO ENTRE LA SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E Y

SANDRA MARLIT PASTRANA JIMENEZ

CON C.C N°

51.753.876

OBJETO DEL CONTRATO:	PRESTAR SERVICIOS PROFESIONALES COMO ODONTOLOGO 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 1055 2025	FECHA INICIO CONTRATO	2025/01/01
---	--------------	-----------------------	------------

VALOR INICIAL DEL CONTRATO	\$ 17.237.120	No. HORAS EJECUTADAS	230
----------------------------	---------------	----------------------	-----

VALOR TOTAL DEL CONTRATO INCLUIDO ADICIONES:	\$ 55.852.016	VALOR DE HONORARIOS PERÍODO A CERTIFICAR:	\$ 4.309.280
--	---------------	---	--------------

PLAZO DEL CONTRATO INCLUYENDO PRORROGAS	TRECE (13) MESES
---	------------------

UNIDAD FUNCIONAL DE EJECUCIÓN DE ACTIVIDADES:	CARCEL DISTRITAL
---	------------------

NOMBRE DEL SUPERVISOR:	GUILLERMO RUBIO GUIZA
------------------------	-----------------------

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	1. REALIZAR 4 ACTIVIDADES POR HORA O 3 SESIONES POR HORA ENMARCADAS DENTRO DE LOS PARAMETROS DE CALIDAD DEFINIDOS EN LA NORMATIVIDAD VIGENTE, ACOGIENDOSE A LOS PROTOCOLOS, GUIAS Y DEMAS LINEAMIENTOS ESTABLECIDOS, PARA EL EJERCICIO DE LA PROFESION.
2	2. REALIZAR EL DILIGENCIAMIENTO DE LA HISTORIA CLINICA, CONSENTIMIENTO INFORMADO, RIPS Y DEMAS REGISTROS CONFORME A LA NORMATIVIDAD VIGENTE.
3	3. APOYAR LA ATENCION DE LAS AUDITORIAS INTERNAS Y EXTERNAS PRESENTANDO LA INFORMACION Y/O SOPORTES QUE SOLICITEN Y QUE CORRESPONDAN AL OBJETO Y/O ACTIVIDADES CONTRACTUALES.
4	4. REPORTAR LOS EVENTOS DE NOTIFICACION OBLIGATORIA CON LA OPORTUNIDAD ESTABLECIDA EN LA NORMATIVIDAD VIGENTE.
5	5. NOTIFICAR LOS SUCESOS DE CALIDAD QUE SE PRESENTEN EN EL SERVICIO, PARTICIPAR EN LOS ANALISIS A LOS QUE SEA CONVOCADO E IMPLEMENTAR LAS ACCIONES DE MEJORA DEFINIDAS PARA EL SERVICIO.
6	6. DESARROLLAR LAS ACTIVIDADES PARA EL FORTALECIMIENTO DE LOS CENTROS DE ATENCION PRIMARIOS (CAPS).
7	7. APOYAR ACTIVIDADES RELACIONADAS CON EL PROCESO DE ACREDITACION DE LA SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E.
8	8.REALIZAR DE MANERA OPORTUNA Y EFICAZ LAS FUNCIONES ESPECIFICAS MENCIONADAS CON EL OBJETIVO DE GARANTIZAR LA ADECUADA ATENCION DE PACIENTES DE UNA MANERA EFICIENTE Y ALTAMENTE HUMANIZADA, APOYANDO Y GESTIONANDO DE MANERA CONSTANTE EN EL FORTALECIMIENTO DE LAS SUBREDES EN EL MODELO DE ATENCION, EN LAS 4 SUBREDES INTEGRADAS DE SERVICIOS DE SALUD DE BOGOTA., COMO APOYO DEL CONVENIO INTERADMINISTRATIVO NO 692 DE 2019.

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 (2025-12-01) AL (2025-12-31)

IV. INFORMACIÓN DE APORTES A SEGURIDAD SOCIAL

No. DE PLANILLA:	N° 9495666580	OPERADOR:	APORTES EN LINEA
------------------	---------------	-----------	------------------

CONCEPTO DEL PAGO	ENTIDAD	FECHA DE PAGO	VALOR PAGADO
SALUD:	FAMISANAR	2025/12/12	\$ 215.500
PENSIÓN:	PENSION	2025/12/12	\$ 0
RIESGOS LABORALES:	SEGUROS BOLIVAR	2025/12/12	\$ 0
OTRO			
TOTAL PAGADO			\$ 215.500
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 MARLIT PASTRANA JIMENEZ PS_1055_2025_679A23 SANDRA MARLIT PASTRANA JIMENEZ CC: 51753876		
FIRMA DE QUIEN CONVALIDA EL CUMPLIMIENTO DE LAS OBLIGACIONES PARA EL PRESENTE PERIODO DE PAGO	 GUILLERMO RUBIO GUIZA PS_1055_2025_679A23 GUILLERMO RUBIO GUIZA SUPERVISOR DEL CONTRATO		

DATOS GENERALES DEL APORTANTE									
Identificación	dv	Razon Social	Clase Aportante	Sucursal Principal	Direccion	Ciudad-Departamento	Teléfono	Exonerado SENA e ICBF	
CC 51753876		PASTRANA JIMENEZ SANDRA MARLIT	INDEPENDIENTE	PRINCIPAL	TV 69B 9D 90	BOGOTA-BOGOTA D.E.	3944012	No	
DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION									
Periodo		Clave	Tipo	Fecha		Pago			
Pensión	Salud	Pago	Planilla	Planilla	Limite	Pago	Banco	Dias Mora	Valor
2025-11	2025-11	2001102027	9495666580	I	2025/12/18	2025/12/12	BANCO DAVIVIENDA	0	\$215,500

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)					\$0	\$0			\$1,723,712	\$215,500			\$0	\$0			\$0	\$0			\$0	\$0
Centro de Trabajo: PRINCIPAL (1 Afiliados)					\$0	\$0			\$1,723,712	\$215,500			\$0	\$0			\$0	\$0			\$0	\$0
Ciudad: BOGOTA Depto: BOGOTA D.E. (1 Afiliados)					\$0	\$0			\$1,723,712	\$215,500			\$0	\$0			\$0	\$0			\$0	\$0
1	CC	51753876	PASTRANA SANDRA		0	\$0		\$0	EPS017	30			\$1,723,712	\$215,500		0	\$0		0	\$0	\$0	\$0
Total Afiliados(1)					\$0	\$0			\$1,723,712	\$215,500			\$0	\$0			\$0	\$0			\$0	\$0

DATOS GENERALES DEL APORTANTE								
Identificación	dv	Razon Social	Clase Aportante	Sucursal Principal	Direccion	Ciudad-Departamento	Teléfono	Exonerado SENA e ICBF
CC 51753876		PASTRANA JIMENEZ SANDRA MARLIT	INDEPENDIENTE	PRINCIPAL	TV 69B 9D 90	BOGOTA-BOGOTA D.E.	3944012	No

DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION									
Periodo		Clave	Tipo	Fecha		Pago			
Pensión	Salud	Pago	Planilla	Planilla	Limite	Pago	Banco	Días Mora	Valor
2025-11	2025-11	2001102027	9495666580	I	2025/12/18	2025/12/12	BANCO DAVIVIENDA	0	\$215,500

RESUMEN DE PAGO									
RIESGO	CODIGO	NIT	DV	AFILIADOS	VALOR LIQUIDADO	INTERESES MORA	SALDOS E INCAPACIDADES	VALOR A PAGAR	
EPS (ADMINISTRADORAS: 1)				1	\$215,500	\$0	\$0	\$215,500	
FAMISANAR	EPS017	830,003,564	7	1	\$215,500	\$0	\$0	\$215,500	
TOTAL				1	\$215,500	\$0	\$0	\$215,500	

26 novembre.



RECLAMACION DE PRESTACIONES ECONOMICAS

TAPA-BEN 0

Fecha de Ejecución: 16-NOV-21 03:04 PM

Nombre: SANDRA MARLIT
PASTRANA JIMENEZ

Tipo de
Solicitud: SOLICITUD POR DEVOLUCIÓN
DE SALDOS VEJEZ NORMAL

Identificación: 51753876

Pendientes: 1 Entregados: 2

Expediente: DV 480738

Sustitución pensional: No

ESPACIO PARA STICKER OCN, RAD CADO

Radicado - Porvenir S.A.



0190103039133800

Centro:
Ficha:

Estado Documentos Entregados

Parentesco: 1 TITULAR 51753876 SANDRA MARLIT PASTRANA JIMENEZ

Consecutiva	Código Digitalización	Nombre Documento	Radicado Del Cual Se Hereda
1	SPE	formulario solicitud	V
2	HLO	Historia laboral oficial normalizada y firmada (emisión bono, no bono o incluir correcciones)	V

Estado Documentos Faltantes

Parentesco: 1 TITULAR 51753876 SANDRA MARLIT PASTRANA JIMENEZ

Consecutivo	Código Digitalización	Nombre Documento	Radicado Del Cual Se Hereda
		certificación de residencia	

⚠ Nota de términos

RECIBIDO NO IMPLICA ACEPTACION. LA LISTA DE DOCUMENTOS ENTREGADA ESTA SUJETA A VERIFICACION Y CONTROL, POR TAL MOTIVO PUEDE SER SUSCEPTIBLE DE MODIFICACIONES, LAS CUALES SE INFORMARAN OPORTUNAMENTE AL PETICIONARIO.

TENGA EN CUENTA QUE EL TRÁMITE DE SU SOLICITUD NO TIENE NINGÚN COSTO. POR FAVOR ABSTENGASE DE ENTREGAR DINEROS A PERSONAS QUE SE LO SOLICITEN. DENUNCIE CUALQUIER ANOMALÍA A NUESTRA AUDITORIA INTERNA FAX 3390101 O AL A.A. 241800 DE BOGOTÁ.

Acepto

CC

