**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:** | **FRANCY TATIANA MORA SALAZAR** | | | **CC:** | **30405089** |
| **CORREO ELECTRÓNICO:** | **FRANCYTATIANA.MORA10@GMAIL.COM** | | | **TELÉFONO:** | **3202689091** |
| **DIRECCIÓN DOMICILIO:** | **CL 26 SUR 72 C 41** | | | **CIUDAD:** | **BOGOTA** |
| **BANCO AL CUAL CONSIGNAR:** | **BANCO DAVIVIENDA S.A.** | **TIPO DE CUENTA:** | **AHORROS** | **N° CUENTA:** | **008480316549** |
| **DATOS DEL CONTRATO O ADICION Y PERIODO OBJETO DE PAGO** | | | | | |
| **Nº DEL CONTRATO:** | **PS 1502 2025** | **VALOR CORRESPONDIENTE AL PERIODO OBJETO DE COBRO** | | | **$ 2.222.946** |
| **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** | | | | |

*FRANCY TATIANA MORA SALAZAR*
*PS_1502_2025_9F40C9*

**NOMBRE Y FIRMA DEL CONTRATISTA:**
**FRANCY TATIANA MORA SALAZAR**
**CC: 30405089**
**CEL: 3202689091**

| | | |
|---|---|---|
| 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** | | | |
| **FRANCY TATIANA MORA SALAZAR** | | | |
| | **CON C.C N°** | **30.405.089** | |
| **OBJETO DEL CONTRATO:** | PRESTAR SERVICIOS COMO TECNICO 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 1502 2025** | **FECHA INICIO CONTRATO** | **2025/01/01** |
| **VALOR INICIAL DEL CONTRATO** | $ 6.668.838 | **No. HORAS EJECUTADAS** | **0** |
| **VALOR TOTAL DEL CONTRATO INCLUIDO ADICIONES:** | $ 28.898.298 | **VALOR DE HONORARIOS PERÍODO A CERTIFICAR:** | $ 2.222.946 |
| **PLAZO DEL CONTRATO INCLUYENDO PRORROGAS** | TRECE (13) 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**<br>**(Deben ser coherentes con las obligaciones específicas del contrato realizadas durante el mes)** |
|---|---|
| 1 | 1. Manejé y registré bases de datos para la gestión de la información, garantizando la actualización, organización y confidencialidad de los datos de los usuarios. |
| 2 | 2. Establecí y registré contacto telefónico con 270 usuarios, brindando información clara sobre el proceso de aseguramiento y la asignación de citas médicas, resolviendo inquietudes y orientando oportunamente. |
| 3 | 3. Apoyé los procesos de orientación, información y verificación de usuarios mediante la consulta en las diferentes bases de datos (Comprobador de Derechos, DNP, ADRES y Georreferenciador), asegurando la correcta identificación y validación de derechos en salud. |
| 4 | 4. Consulté el sistema de Dinámica Gerencial para realizar el agendamiento de citas médicas y la actualización de datos, de acuerdo con las solicitudes y necesidades manifestadas por los usuarios. |
| 5 | 5. Durante el mes de diciembre no se realizaron sesiones/encuestas/registros correspondientes a esta actividad. (obligación 5) |
| 6 | 6. No se realizó secciones educativas en el mes de diciembre. |
| 7 | 7. Registré 101 atenciones individuales en el aplicativo Sí Cuéntanos identificadas durante la gestión diaria, aportando información para la evaluación de las dificultades de acceso a los servicios de salud correspondientes al mes de diciembre. |
| 8 | 8. Envíe y consolidé informes estadísticos, organizando y analizando la información recolectada, para la toma de decisión por parte de la Jefatura de la oficina de participación comunitario y servicio al ciudadano. |
| 9 | 9. Realice durante el mes de diciembre curso de servicio a la ciudadanía con un total de 10 módulos y 48 horas de duración. |
| 10 | 10. Asistí a los espacios de fortalecimiento convocados por la Oficina de Participación Comunitaria y Servicio al Ciudadano realizado el 19 de diciembre, fortaleciendo mis conocimientos y reforzando habilidades. |
| 11 | 11. No se ejecutó esta actividad, ya que no fue solicitada Por la jefatura (obligación 11) |
| 12 | 12. Cumplí con las obligaciones asignadas, adaptándome a la demanda y necesidades del servicio en los diferentes centros de salud y hospitales que conforman la Subred. |
| 13 | 13. Porté visiblemente los elementos institucionales y mantuve una adecuada presentación personal, cumpliendo con los manuales y procedimientos establecidos por la oficina y la Subred. |
| 14 | 14. Desarrollé las demás actividades asignadas, relacionadas con la ejecución del objeto contractual, contribuyendo al cumplimiento de los objetivos institucionales. |
| 15 | 15. Se realizo en el mes de diciembre asignación de 461 de los diferentes servicios que solicitaron a través del Drive Beta instrumentó utilizado para la gestión de quejas de capital salud. |
| 16 | 16. Informe a través de correo electrónico a la jefatura de la oficina de participación comunitaria y servicio al ciudadano como a las diferentes áreas, ambulatorios, complementarios y hospitalización los casos pendientes por respuesta oportuna para su cierre correspondiente. |

**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° 82254747 | OPERADOR: | ARUS |

| CONCEPTO DEL PAGO | ENTIDAD | FECHA DE PAGO | VALOR PAGADO |
|---|---|---|---|
| SALUD: | SANITAS | 2025/12/09 | $ 178.000 |
| PENSIÓN: | COLPENSIONES | 2025/12/09 | $ 227.800 |
| RIESGOS LABORALES: | SEGUROS BOLIVAR | 2025/12/09 | $ 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** | *FRANCY TATIANA MORA SALAZAR*<br>*PS_1502_2025_9F40C9*<br>**FRANCY TATIANA MORA SALAZAR**<br>**CC: 30405089** |
| **FIRMA DE QUIEN VALIDA** | *MARÍA CAROLINA PINILLA JIMÉNEZ*<br>*PS_1502_2025_9F40C9*<br>**MARÍA CAROLINA PINILLA JIMÉNEZ**<br>**SUPERVISOR ALTERNO** |
| **FIRMA DE QUIEN CONVALIDA EL CUMPLIMIENTO DE LAS OBLIGACIONES PARA EL PRESENTE PERIODO DE PAGO** | *ZULMA JANNETH LÓPEZ CUBIDES*<br>*PS_1502_2025_9F40C9*<br>**ZULMA JANNETH LÓPEZ CUBIDES**<br>**SUPERVISOR DEL CONTRATO** |

# SuAporte | REPORTE INDIVIDUAL

**Fecha creación reporte** 2025-12-11, 09:26:08 AM **Tipo Planilla** I **Número Planilla** 82254747

**Periodo Cotización** 202511 **Periodo Servicio** 202511

**Cliente:**

## PAGADA 2025-12-09 EN HORARIO EXTENDIDO

### I. DATOS DEL APORTANTE

| | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| **Razón Social** | FRANCY TATIANA MORA SALAZAR | | | | |
| **Documento** | CC 30405089 | **Dirección** | CL 26 SUR #72 C - 41 | | |
| **Tipo de Empresa** | INDEPENDIENTE | **Teléfono** | 2931313 | | |
| **Tipo Persona** | NATURAL | **Forma Presentación** | ÚNICO | **Total Afiliados** | 1 |
| **Ciudad** | BOGOTA D.C. | **Departamento** | BOGOTA D.C. | | |
| **Representante Legal** | | **Identificación** | | | |

### II. DATOS DEL AFILIADO

| **Documento** | CC 30405089 | | Residente | | Exonerado | N | **Apellidos y Nombres** | **Código Ciudad - Departamento** | **Centro de Trabajo** | **Ubicación Laboral** |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| Tipo Cotizante | 59 | 00 | | | | | MORA SALAZAR FRANCY TATIANA | 11001000 - 11 | | BOGOTA D.C. |

### III. APORTE POR CADA UNA DE LAS ADMINISTRADORAS ASOCIADAS AL AFILIADO:

| **Novedades** | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | **Extranjero** | **Tipo salario** | **Salario** | **Pensión** | | | | | | | **Salud** | | | | | | **Riesgos** | | | | | | **Caja** | | | | **Parafiscales** | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| ING | RET | TDE | TAE | TDP | TAP | VSP | COR | VST | SLN | IGE | LMA | VAC | AVP | VCT | IRP | Días AFP | Días EPS | Días ARP | Días CCF | | | | Código AFP | Código Tras. AFP | Tarifa AFP | IBC | Total Aporte AFP | Total Aporte FSP | Total Aporte FSPS | Código EPS | Código Tras. EPS | Tarifa EPS | IBC EPS | Aporte Salud | Aporte UPC | Código ARL | Clase Riesgo | Tarifa ARL | IBC ARL | Aporte Riesgos | Código CCF | Tarifa CCF | IBC CCF | Aporte Caja | Tarifa SENA | Aporte SENA | Tarifa ICBF | Aporte ICBF |
| | | | | | | | | | | | | | | | 0 | 30 | 30 | 30 | 30 | | | $ 1.423.500 | 25-14 | | 16 % | $ 1.423.500 | $ 227.800 | $ 0 | $ 0 | EPS005 | | 12,5 % | $ 1.423.500 | $ 178.000 | $ 0 | 14-7 | 3 | 2,436 % | $ 1.423.500 | $ 34.700 | CCF22 | 2 % | $ 1.423.500 | $ 28.500 | 0 % | $ 0 | 0 % | $ 0 |

### IV.TOTALES

| Total Aportes Pensión | Total Aportes FSP | Total Aportes FSPS | Total Aportes Salud | Total Aportes Riesgos | Total Aportes Cajas | Total Aportes SENA | Total Aportes ICBF | Total Aportes ESAP | Total Aportes MEN | Total Final |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| COLPENSIONES | FSP SOLIDARIDAD | FSP SUBSISTENCIA | EPS SANITAS | SEGUROS BOLIVAR | COLSUBSIDIO | SENA | ICBF | ESAP | MEN | |
| $ 227.800 | $ 0 | $ 0 | $ 178.000 | $ 34.700 | $ 28.500 | $ 0 | $ 0 | $ 0 | $ 0 | $ 469.000 |



**Enlace Operativo, Línea Expertos en PILA: Barranquilla: 385 24 44 - Bogotá: 485 4485 - Bucaramanga: 697 87 27 - Cali: 485 9444 - Cartagena: 693 77 27 - Pereira: 340 13 27 - Manizales: 892 80 27 - Medellín: 604 2727 - Desde otras ciudades: 018000 51 99 77.**