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:	**KERLY YERLENY MIRANDA FRANCO**			**CC:**	**1023010715**
CORREO ELECTRÓNICO:	**KERLY.MIRANDA1603A@GMAIL.COM**			**TELÉFONO:**	**3103049435**
DIRECCIÓN DOMICILIO:	**KR 7 97 SUR 96**			**CIUDAD:**	**BOGOTA**
BANCO AL CUAL CONSIGNAR:	**BANCO CAJA SOCIAL**	**TIPO DE CUENTA:**	**AHORROS**	**N° CUENTA:**	**24115836967**
DATOS DEL CONTRATO O ADICION Y PERIODO OBJETO DE PAGO					
Nº DEL CONTRATO:	**PS 1468 2025**	**VALOR CORRESPONDIENTE AL PERIODO OBJETO DE COBRO**			**$ 1.900.000**
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**				

KERLY YERLENY MIRANDA FRANCO
PS_1468_2025_0D5F2F

NOMBRE Y FIRMA DEL CONTRATISTA:
KERLY YERLENY MIRANDA FRANCO
CC: 1023010715
CEL: 3103049435

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			
KERLY YERLENY MIRANDA FRANCO			
	CON C.C N°	**1.023.010.715**	
OBJETO DEL CONTRATO:	PRESTAR SERVICIOS COMO BACHILLER 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 1468 2025**	**FECHA INICIO CONTRATO**	**2025/01/01**
VALOR INICIAL DEL CONTRATO	$ 5.388.960	**No. HORAS EJECUTADAS**	**0**
VALOR TOTAL DEL CONTRATO INCLUIDO ADICIONES:	$ 24.575.584	**VALOR DE HONORARIOS PERÍODO A CERTIFICAR:**	$ 1.900.000
PLAZO DEL CONTRATO INCLUYENDO PRORROGAS	TRECE (13) MESES		
UNIDAD FUNCIONAL DE EJECUCIÓN DE ACTIVIDADES:	CENTRO DE SALUD PRIMERO DE MAYO		
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	DURANTE EL MES DE DICIEMBRE, DESDE EL HOSPITAL MATERNO INFANTIL SE GESTIONÓ EL ACCESO DE LOS USUARIOS A LOS SERVICIOS DE SALUD, DANDO CUMPLIMIENTO A LOS MANUALES Y PROTOCOLOS INSTITUCIONALES VIGENTES.
2	DURANTE EL MES DE DICIEMBRE SE ORIENTÓ A LOS USUARIOS QUE LO REQUIRIERON EN LOS PROCEDIMIENTOS DE ASEGURAMIENTO, RADICACIÓN DE PQRS Y VINCULACIÓN AL SISTEMA GENERAL DE SEGURIDAD SOCIAL EN SALUD (SGSSS).
3	EN EL PROCESO DE ASIGNACIÓN DE CITAS SE REALIZÓ LA VERIFICACIÓN DE LOS USUARIOS EN LAS BASES DE DATOS CORRESPONDIENTES, GARANTIZANDO LA VALIDACIÓN DE DERECHOS Y LA CORRECTA PRESTACIÓN DEL SERVICIO.
4	DURANTE EL MES DE DICIEMBRE SE REALIZARON 15 ENCUESTAS DE PORTAFOLIO DE SERVICIOS Y 5 ENCUESTAS DE DERECHOS Y DEBERES A LOS USUARIOS, CON SU RESPECTIVO CARGUE EN LAS PLATAFORMAS ASIGNADAS.
5	DE MANERA DIARIA SE REALIZARON SESIONES EDUCATIVAS EN LA SALA DE ESPERA DEL HOSPITAL MATERNO INFANTIL, CONFORME AL CRONOGRAMA Y FORMATOS ESTABLECIDOS, REALIZANDO UN REPORTE SEMANAL (VIERNES DE CADA SEMANA) EVIDENCIA AUDIOVISUAL A LA REFERENTE DE LA UNIDAD.
6	SE REALIZÓ EL REGISTRO PERMANENTE DE LAS ATENCIONES INDIVIDUALES Y DE LAS BARRERAS DE ACCESO IDENTIFICADAS DURANTE LA GESTIÓN DIARIA, CON EL FIN DE EVALUAR LAS DIFICULTADES DE ACCESIBILIDAD DE LOS USUARIOS A LOS SERVICIOS DE SALUD, CONTANDO A LA FECHA CON UN CARGUE TOTAL DE 51 REGISTROS.
7	SE PARTICIPÓ EN EL ÚLTIMO CURSO DENOMINADO SERVICIO A LA CIUDADANÍA, ESTABLECIDO POR LA OFICINA DE PARTICIPACIÓN COMUNITARIA Y SERVICIO AL CIUDADANO EN ARTICULACIÓN CON EL DEPARTAMENTO ADMINISTRATIVO DEL SERVICIO CIVIL DISTRITAL, ASÍ COMO EN LAS DEMÁS CAPACITACIONES PROGRAMADAS POR LA SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E.
8	EN EL HOSPITAL MATERNO INFANTIL SE REALIZARON LOS TALLERES PEDAGÓGICOS PROGRAMADOS LOS DÍAS LUNES DEL MES DE DICIEMBRE, EN EL HORARIO DE 2:00 P. M. A 3:00 P. M., CONFORME A LA METODOLOGÍA DEFINIDA EN LOS MANUALES Y PROTOCOLOS INSTITUCIONALES VIGENTES.
9	SE REALIZÓ LA ENTREGA OPORTUNA DE LA PRODUCTIVIDAD MENSUAL, ADJUNTANDO LOS SOPORTES FÍSICOS CORRESPONDIENTES A LA GESTIÓN DESARROLLADA DURANTE EL MES DE DICIEMBRE, CONFORME A LOS LINEAMIENTOS DE LA OFICINA DE PARTICIPACIÓN COMUNITARIA Y SERVICIO AL CIUDADANO.
10	SE REALIZA LA CONSULTA EN EL SISTEMA DE DINAMICA WEB EL ESTADO DE CADA UNO DE LOS USUARIOS CON EL FIN DE LLEVAR A CABO SU CONSULTA Y/O AGENDAMIENTO DE CITAS MEDICAS, DE IGUAL MANERA SE REALIZA LA ACTUALIZACION DE DATOS REQUERIDO.
11	DE ACUERDO CON LAS SOLICITUDES REALIZADAS POR LA REFERENTE DE SERVICIO AL CIUDADANO, SE BRINDÓ APOYO EN LA VERIFICACIÓN Y EMISIÓN DE RESPUESTAS A PQRS Y EN LA ASIGNACIÓN DE CITAS MÉDICAS DE ENTES DE CONTROL. DURANTE EL MES DE DICIEMBRE NO SE RECIBIERON QUEJAS RELACIONADAS CON EL SERVICIO DE ORIENTACIÓN AL USUARIO.

12	DURANTE EL MES DE DICIEMBRE SE ASISTIÓ A LOS ESPACIOS DE FORTALECIMIENTO CONVOCADOS POR LAS INSTANCIAS CORRESPONDIENTES.
13	SE APOYO LOS SUBPROCESOS TENIENDO EN CUENTA LAS NECESIDADES PROPIAS DE LA OFICINA DE PARTICIPACION COMUNITARIA Y SERVICIO AL CIUDADANO.
14	SE GARANTIZO LA RESERVA Y CONFIDENCIALIDAD DE DATOS E INFORMACION DE LOS DIFERENTES APLICATIVOS INSTITUCIONALES.
15	SE CUMPLIO CON LAS OBLIGACIONES Y ACTIVIDADES DE ACUERDO CON LA DEMANDA Y TIEMPOS REQUERIDOS SEGUN 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 PORTO VISIBLEMENTE LOS ELEMENTOS INSTITUCIONALES (CARNET/ CHAQUETA) MANTENIENDO UNA ADECUADA PRESENTACION PERSONAL
17	LAS DEMAS OBLIGACIONES QUE SEAN ASIGNADAS EN LA REALIZACION 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 (2025-12-01) AL (2025-12-31)

IV. INFORMACIÓN DE APORTES A SEGURIDAD SOCIAL

No. DE PLANILLA:	N° 1077202545	OPERADOR:	SIMPLE

CONCEPTO DEL PAGO	ENTIDAD	FECHA DE PAGO	VALOR PAGADO
SALUD:	COMPENSAR	2025/12/10	$ 178.000
PENSIÓN:	PORVENIR	2025/12/10	$ 227.800
RIESGOS LABORALES:	SURA	2025/12/10	$ 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	*KERLY YERLENY MIRANDA FRANCO* *PS_1468_2025_0D5F2F* **KERLY YERLENY MIRANDA FRANCO** **CC: 1023010715**

FIRMA DE QUIEN VALIDA	*MARÍA CAROLINA PINILLA JIMÉNEZ* *PS_1468_2025_0D5F2F* **MARÍA CAROLINA PINILLA JIMÉNEZ** **SUPERVISOR ALTERNO**
FIRMA DE QUIEN CONVALIDA EL CUMPLIMIENTO DE LAS OBLIGACIONES PARA EL PRESENTE PERIODO DE PAGO	*ZULMA JANNETH LÓPEZ CUBIDES* *PS_1468_2025_0D5F2F* **ZULMA JANNETH LÓPEZ CUBIDES** **SUPERVISOR DEL CONTRATO**

PAGOSIMPLE | AUTOLIQUIDACION CONSOLIDADA

Fecha creación reporte: 2025-12-10, 03:34:30 AM **Tipo Planilla:** I: PLANILLA INDEPENDIENTES **Numéro Planilla:** 1077202545

Periodo Cotización: noviembre de 2025 **Periodo Servicio:** noviembre de 2025 **Referencia pago (PIN):** 8841250660

PAGADO 10/12/2025

I. DATOS DEL APORTANTE

Razón Social	KERLY YERLENY MIRANDA FRANCO		
Documento	CC1023010715	**Dirección**	DG 100A SUR #5 B - 15
Tipo de Empresa	INDEPENDIENTE	**Teléfono**	3103049435
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 1023010715	KERLY YERLENY MIRANDA FRANCO	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	$ 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	$ 1.800	$ 442.300

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.