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: (31-01-2026)					
NOMBRES Y APELLIDOS:	**MARITZA CAROLINA MEDINA MEDINA**			**CC:**	**52201798**
CORREO ELECTRÓNICO:	**MARITZACAROLINAMEDINA1@GMAIL.COM**			**TELÉFONO:**	**3202722103**
DIRECCIÓN DOMICILIO:	**KR 19 BIS 58 29 SUR**			**CIUDAD:**	**BOGOTA**
BANCO AL CUAL CONSIGNAR:	**BANCO DAVIVIENDA S.A.**	**TIPO DE CUENTA:**	**AHORROS**	**N° CUENTA:**	**488422183928**
DATOS DEL CONTRATO O ADICION Y PERIODO OBJETO DE PAGO					
Nº DEL CONTRATO:	**PS 2806 2025**	**VALOR CORRESPONDIENTE AL PERIODO OBJETO DE COBRO**			**$ 2.100.000**
FECHA DE INICIO CONTRATO	**2025/01/01**	**FECHA DE TERMINACIÓN CONTRATO:**			**2026/01/31**
PERIODO OBJETO DE COBRO:	**DEL 2026/01/01 AL 2026/01/31**				

MARITZA CAROLINA MEDINA MEDINA
PS_2806_2025_8F1907

NOMBRE Y FIRMA DEL CONTRATISTA:
MARITZA CAROLINA MEDINA MEDINA
CC: 52201798
CEL: 3202722103

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			
MARITZA CAROLINA MEDINA MEDINA			
	CON C.C N°	**52.201.798**	
OBJETO DEL CONTRATO:	PRESTAR SERVICIOS COMO BACHILLER AUTORIZADOR Y ADMISIONISTA PARA DESARROLLAR ACTIVIDADES EN LA DIRECCION FINANCIERA DE LA SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E.		
CONTRATO DE PRESTACION DE SERVICIOS PROFESIONALES No.	**PS 2806 2025**	**FECHA INICIO CONTRATO**	**2025/01/01**
VALOR INICIAL DEL CONTRATO	$ 5.927.856	**No. HORAS EJECUTADAS**	**0**
VALOR TOTAL DEL CONTRATO INCLUIDO ADICIONES:	$ 29.251.142	**VALOR DE HONORARIOS PERÍODO A CERTIFICAR:**	$ 2.100.000
PLAZO DEL CONTRATO INCLUYENDO PRORROGAS	TRECE (13) MESES		
UNIDAD FUNCIONAL DE EJECUCIÓN DE ACTIVIDADES:	HOSPITAL SAN BLAS		
NOMBRE DEL SUPERVISOR:	ANDRES FELIPE GUZMAN CRUZ		

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	Verifique en todas las bases de datos (FOSYGA, DNP, BDUA, Comprobador, Web, páginas de las EAPB, entre Otras), el estado de afiliación del paciente o los pacientes, tanto por número de documentos como por nombres y apellidos, esto con el fin de realizar una correcta identificación de la EAPB de cada uno de los pacientes ingresados
2	Realice y reporte Censo de la Subred del fin semana, para que cada servicio realice gestión de autorizaciones
3	Gestiones los pendientes reportados por las técnicas de autorizaciones
4	Genere reportes Dinámica Gerencial FAC- ORDENES DE SALIDA Relación de Ordenes de Salida --Patricia Lozano Activo , con el fin de identificar las ERP, a las cuales se les debe reportar el egreso de los servicios prestados durante la estancia de los pacientes, para que se genere las respectivas autorizaciones
5	Realice las demás actividades relacionadas con el objeto contractual asignadas por el supervisor de contrato.
6	Realice Ingresos en el sistema de Información Dinámica Gerencial de los pacientes que ingresaron por urgencias que fueron clasificados con un Triage I,II,Y II

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 (2026-01-01) AL (2026-01-31)

IV. INFORMACIÓN DE APORTES A SEGURIDAD SOCIAL

No. DE PLANILLA:	N° 8301077311	OPERADOR:	MI PLANILLA

CONCEPTO DEL PAGO	ENTIDAD	FECHA DE PAGO	VALOR PAGADO
SALUD:	COMPENSAR	2026/01/05	$ 178.000
PENSIÓN:	PORVENIR	2026/01/05	$ 227.800
RIESGOS LABORALES:	SURA	2026/01/05	$ 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	*MARITZA CAROLINA MEDINA MEDINA* *PS_2806_2025_8F1907* **MARITZA CAROLINA MEDINA MEDINA** **CC: 52201798**
FIRMA DE QUIEN VALIDA	*YENI ROCIO AVILA RONDON* *PS_2806_2025_8F1907* **YENI ROCIO AVILA RONDON** **SUPERVISOR ALTERNO**
FIRMA DE QUIEN CONVALIDA EL CUMPLIMIENTO DE LAS OBLIGACIONES PARA EL PRESENTE PERIODO DE PAGO	*ANDRES FELIPE GUZMAN CRUZ* *PS_2806_2025_8F1907* **ANDRES FELIPE GUZMAN CRUZ** **SUPERVISOR DEL CONTRATO**

Compensar operador de información certifica que procesó el pago realizado por:

Señor(a): MARITZA CAROLINA MEDINA MEDINA
No. Identificación: CC52201798
Dirección: CRA 19BIS 58-24 SUR
Telefono: 2057316
Correo: andruvalentina003@gmail.com
Ciudad: BOGOTÁ, D.C.
Número de Planilla: 8301077311

CITE EL NÚMERO DE PLANILLA PARA CUALQUIER CONSULTA DE PAGO

Nombre Aportante	MARITZA CAROLINA MEDINA MEDINA
Tipo y número de identificación	CC52201798
Número de planilla	8301077311
Fecha pago	2026-01-05
Número de autorización pago	93539018
Banco	1023

Número de Empleados	1
Periodo de Cotización Salud	diciembre de 2025
Periodo de Cotización Pensión	diciembre de 2025
Número de Administradoras	3
Total Pagado	440500
Total Intereses de Mora	0

PAGADA

CÓDIGO ADMINISTRADORA	NOMBRE	TOTAL PAGADO	NÚMERO DE AFILIADOS
14-11	ARL SURA	34700	1
230301	Porvenir	227800	1
EPS008	Compensar EPS	178000	1

8301077311

TIPO DOC.: CC
NO. DOCUMENTO: 52201798
APELLIDOS Y NOMBRES: MARITZA CAROLINA MEDINA MEDINA

Cód. EPS	Cód. AFP	IBC SALUD	IBC PENSIÓN	IBC RIESGOS	IBC CAJAS	COTIZACIÓN SALUD	VALOR UPC	COTIZACIÓN PENSIÓN	FONDO SOLIDARIDAD Y SUBSISTENCIA	COTIZACIÓN RIESGOS	APORTE CAJAS
EPS008	230301	1423500	1423500	1423500	0	178000	0	227800	0	34700	0

Este documento está clasificado como PRIVADO por parte de Compensar Operador de Información

1 Información general
2 Condiciones
3 Bienes y servicios
4 Documentos del Proveedor
5 Documentos del contrato
6 Información presupuestal
7 Ejecución del Contrato
8 Modificaciones del Contrato
9 Incumplimientos

Cancelar

< Evaluación de la Entidad Estatal >

VER CONTRATO

Ejecución del Contrato

○ Porcentaje ○ Recepción de artículos

Plan de Pagos

¿Se requieren emisiones de códigos de autorización? ○ Sí ◉ No

Id de pago	Número de factura	Fecha de emisión	Fecha de recepción	Valor total de la factura	Estado

No existen resultados que cumplan con los criterios de búsqueda especificados

Crear

Documentos de ejecución del contrato

	Descripción	Nombre del archivo	Cargado por		
☐	PS 2806 2025 CTA ENERO_2025.pdf	PS 2806 2025 CTA ENERO_2025.pdf	Comprador	Descargar	Detalle
☐	PS 2807 2025 CTA FEBRERO_2025.pdf	PS 2807 2025 CTA FEBRERO_2025.pdf	Comprador	Descargar	Detalle
☐	PS 2806 2025 CTA FEBRERO_2025.pdf	PS 2806 2025 CTA FEBRERO_2025.pdf	Comprador	Descargar	Detalle
☐	PS 2806 2025 CRA FEBRERO_2025 RES 072.pdf	PS 2806 2025 CRA FEBRERO_2025 RES 072.pdf	Comprador	Descargar	Detalle
☐	PS 2806 2025 CTA MARZO_2025.pdf	PS 2806 2025 CTA MARZO_2025.pdf	Comprador	Descargar	Detalle
☐	PS 2806 2025 CTA ABRIL_2025.pdf	PS 2806 2025 CTA ABRIL_2025.pdf	Comprador	Descargar	Detalle
☐	PS 2806 2025 CTA MAYO_2025.pdf	PS 2806 2025 CTA MAYO_2025.pdf	Proveedor	Descargar	Detalle
☐	COMUNICACION SUPERVISOR PS 2806 2025.pdf	COMUNICACION SUPERVISOR PS 2806 2025.pdf	Comprador	Descargar	Detalle
☐	1 PS 2806 2025 CRP-7116.pdf	1 PS 2806 2025 CRP-7116.pdf	Comprador	Descargar	Detalle
☐	2 PS 2806 2025 CRP-12255.pdf	2 PS 2806 2025 CRP-12255.pdf	Comprador	Descargar	Detalle
☐	3 PS 2806 2025 CRP-12256.pdf	3 PS 2806 2025 CRP-12256.pdf	Comprador	Descargar	Detalle
☐	PS 2806 2025 CTA JUNIO_2025.pdf	PS 2806 2025 CTA JUNIO_2025.pdf	Proveedor	Descargar	Detalle
☐	PS 2806 2025 CTA JULIO_2025.pdf	PS 2806 2025 CTA JULIO_2025.pdf	Proveedor	Descargar	Detalle
☐	PS 2806 2025 CTA AGOSTO_2025.pdf.pdf	PS 2806 2025 CTA AGOSTO_2025.pdf.pdf	Proveedor	Descargar	Detalle
☐	4 PS 2806 2025 CRP-19869.pdf	4 PS 2806 2025 CRP-19869.pdf	Comprador	Descargar	Detalle
☐	PS 2806 2025 CRP-19869.pdf	PS 2806 2025 CRP-19869.pdf	Proveedor	Descargar	Detalle
☐	PS 2806 2025 CTA SEPTIEMBRE_2025.pdf	PS 2806 2025 CTA SEPTIEMBRE_2025.pdf	Proveedor	Descargar	Detalle
☐	PS 2806 2025 CTA OCTUBRE_2025.pdf	PS 2806 2025 CTA OCTUBRE_2025.pdf	Proveedor	Descargar	Detalle
☐	PS 2806 2025 CTA NOVIEMBRE_2025.pdf.pdf	PS 2806 2025 CTA NOVIEMBRE_2025.pdf.pdf	Proveedor	Descargar	Detalle
	PS 2806 2025 CTA DICIEMBRE.pdf (Archivado)	PS 2806 2025 CTA DICIEMBRE.pdf	Proveedor	Descargar	Detalle
☐	PS 2806 2025 CTA DICIEMBRE2025.pdf	PS 2806 2025 CTA DICIEMBRE2025.pdf	Proveedor	Descargar	Detalle

Borrar | Cargar nuevo

© VORTAL 2019 Términos de uso Normativa Soporte Remoto Ayuda Español (Colombia) 018000-52-0808 www.colombiacompra.gov.co/soporte Lunes a Viernes 7:00 a.m. a 7:00 p.m.