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:	**SANDRA MILENA CERON PEDRAZA**			**CC:**	**52729240**
CORREO ELECTRÓNICO:	**SANDRA800915@HOTMAIL.COM**			**TELÉFONO:**	**3012710488**
DIRECCIÓN DOMICILIO:	**KR 9 ESTE 36 G 37 SUR**			**CIUDAD:**	**BOGOTA**
BANCO AL CUAL CONSIGNAR:	**BANCO DAVIVIENDA S.A.**	**TIPO DE CUENTA:**	**AHORROS**	**N° CUENTA:**	**008480288268**
DATOS DEL CONTRATO O ADICION Y PERIODO OBJETO DE PAGO					
Nº DEL CONTRATO:	**PS 1464 2025**	**VALOR CORRESPONDIENTE AL PERIODO OBJETO DE COBRO**			**$ 1.900.000**
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**				

SANDRA MILENA CERON PEDRAZA
PS_1464_2025_8E330C

NOMBRE Y FIRMA DEL CONTRATISTA:
SANDRA MILENA CERON PEDRAZA
CC: 52729240
CEL: 3012710488

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			
SANDRA MILENA CERON PEDRAZA			
	CON C.C N°	**52.729.240**	
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 1464 2025**	**FECHA INICIO CONTRATO**	**2025/01/01**
VALOR INICIAL DEL CONTRATO	$ 5.388.960	**No. HORAS EJECUTADAS**	**0**
VALOR TOTAL DEL CONTRATO INCLUIDO ADICIONES:	$ 26.475.584	**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 ALTAMIRA		
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	DESDE LA UNIDAD DE ALTAMIRA SE GESTIONA EL ACCESO DE LOS USUARIOS A LOS SERVICIOS, TENIENDO EN CUENTA LOS MANUALES Y PROTOCOLOS INSTITUCIONALES.
2	ORIENTA A CADA UNO DE LOS USUARIOS EN PROCEDIMEINTOS DE ASEGURAMIENTOS, PQRS Y VINCULACION AL SGSSS QUE LO REQUIERAN.
3	EN EL PROCESO DE ASIGNACION DE CITAS SE VERIFICAN A LOS USUARIOS EN BASES DE DATOS (COMPROBADOR DE DERECHOS, DNP, ADRES, GEOREFERENCIADOR).
4	SE REALIZAN 15 ENCUESTAS DE DERECHOS Y DEBERES ASIGNADAS DE USUARIOS, COLABORADORES Y TERCERIZADOS, ASI COMO 15 ENCUESTAS DE PORTAFOLIO DE SERVICIOS Y 15 CAPACITACION A COLABORADORES EN LOS DOS TEMAS CORRESPONDIENTES DEL MES EN CADA UNO DE FORMATOS Y LAS METAS ESTABLECIDAS.
5	DE MANERA DIARIA SE REALIZAN 2 SESIONES EDUCATIVAS EN LA SALA DE ESPERA DEL CENTRO DE SALUD ALTAMIRA DE ACUERDO AL CRONOGRAMA Y FORMATO ESTABLECIDO, Y EL REGISTRO EN EL APLICATIVO SICUENTANOS. LAS CAPACITACIONES GRUPALES REALIZADAS EN SALA.
6	SE REALIZA EL REGISTRO DE CINCO 5 REGISTROS DIARIOS EN EL APLICATIVO SI CUENTANOS BOGOTA, DE ATENCIONES INDIVIDUALES, PARA UN TOTAL DE 100 REGISTROS EN EL MES DE ENERO , Y LAS BARRERAS DE ACCESO IDENTIFICADAS DURANTE LA GESTION DIARIA, CON EL FIN DE EVALUAR DIFICULTADES DE ACCESIBILIDAD QUE PUEDEN PRESENTAR LOS USUARIOSEN LOS SERVICIOS DE SALUD.
7	EN EL MES DE ENERO NO SE REALIZARON CAPACITACIONES VIRTUALES Y PRESENCIALES ESTABLECIDOS POR LA SUBRES INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E.
8	SE ENTREGA EN LOS TIEMPOS CORRESPONDIENTES A CADA UNO DE LOS SOPORTES DE LA PRODUCTIVIDAD Y GESTION REALIZADA DENTRO DEL MES DE ENERO ACUERDO A LOS LINEAMIENTOS ESTABLECIDOS POR LA OFICINA DE PARTICIPACION COMUNITARIA Y SERVICIO AL CIUDADANO.
9	CON CADA USUARIO ATENDIDO SE CONSULTA EL SISTEMA DE DINAMICA GERENCIAL, CON EL FIN DE LLEVAR A CABO EL AGENDAMIENTO 1.654 CITAS MEDICAS HASTA LA FECHA Y ACTUALIZACION DE DATOS
	DE ACUERDO A LA SOLICITUD DE LA REFERENTE DEL SERVICIO AL CIUDADANO , CUANDO SE PRESENTE UN REQUERIMIENTO, SE APOYA EN LA VERIFICACION Y EMISION DE RESPUESTA A LA PQRS, Y EN LA ASIGNACION

10	DE CITAS MEDICAS DE ENTES DE CONTROL. EN EL MES DE ENERO NO HE TENIDO QUEJAS
11	EN EL MES DE ENERO ASISTI DE FORTALECIMIENTO CONVOCADOS POR LA OFICINA DE PARTICIPACION COMUNITARIA Y SERVICIO AL CIUDADANO Y LA SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E.
12	APOYE LOS SUBPROCESOS TENIENDO EN CUENTA LAS NECESIDADES PROPIAS DE LA OFICINA DE PARTICIPACION COMUNITARIA Y SERVICO AL CIUDADANO
13	GARANTICE LA RESERVA Y CONFIDENCIALIDAD DE DATOS E INFORMACION DE LOS DIFERENTES APLICATIVOS INSTITUCIONALES.
14	CUMPLI CON LAS ACTIVIDADES DE ACUERDO CON LA DEMANDA Y TIEMPOS REQUERIDOS SEGUN LAS NECESIDADES DEL SERVICIO EN EL CENTRO DE SALUD Y HOSPITALES QUE CONFORMAN LA SUBREDINTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E.
15	PORTE VISIBLEMENTE LOS ELEMENTOS INSTITUCIONALES Y ADECUADAPRESENTACION PERSONALDANDO CUMPLIMIENTO A LOS MANUALES Y PROCEDIMEI NTOS DE LAOFICINA Y DE LA SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE.
16	SE REALIZAN LAS DEMAS ACTIVIDADES QUE SEAN ASIGNADAS EN REALIZACION DEL OBJETO CONTRA ACTUAL, SIEMPRE Y CUANDO SE ENVCUENTRAN EL MI CONTRATO LABORAL Y PERTENEZCAN A MI DEPENDENCIA.

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° 1078018195	OPERADOR:	SIMPLE

CONCEPTO DEL PAGO	ENTIDAD	FECHA DE PAGO	VALOR PAGADO
SALUD:	COMPENSAR	2026/01/08	$ 178.000
PENSIÓN:	COLFONDOS	2026/01/08	$ 227.800
RIESGOS LABORALES:	SEGUROS BOLIVAR	2026/01/08	$ 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	*SANDRA MILENA CERON PEDRAZA* *PS_1464_2025_8E330C* **SANDRA MILENA CERON PEDRAZA** **CC: 52729240**
FIRMA DE QUIEN VALIDA	*MARÍA CAROLINA PINILLA JIMÉNEZ* *PS_1464_2025_8E330C* **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_1464_2025_8E330C* **ZULMA JANNETH LÓPEZ CUBIDES** **SUPERVISOR DEL CONTRATO**

PAGOSIMPLE | AUTOLIQUIDACION CONSOLIDADA

Fecha creación reporte: 2026-01-08, 09:53:27 AM **Tipo Planilla:** I: PLANILLA INDEPENDIENTES **Numéro Planilla:** 1078018195

Periodo Cotización: diciembre de 2025 **Periodo Servicio:** diciembre de 2025 **Referencia pago (PIN):** 8845540140

PAGADO 08/01/2026 EN HORARIO EXTENDIDO

I. DATOS DEL APORTANTE

Razón Social	SANDRA MILENA SERON PEDRAZA		
Documento	CC52729240	**Dirección**	CR 9 ESTE #36 G - 37 SUR
Tipo de Empresa	INDEPENDIENTE	**Teléfono**	3623876
Tipo Persona	NATURAL	**Forma Presentación**	ÚNICO
Ciudad	BOGOTA D.C.	**Departamento**	BOGOTA D.C.
Representante Legal		**Identificación**	
Total Afiliados	1	**ARP**	SEGUROS BOLIVAR

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 52729240	SANDRA MILENA CERON PEDRAZA	59	00																	0	30	30	30	0	(231001) COLFONDOS	$ 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	$ 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	$ 0	$ 440.500

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.