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: (28-02-2026)					
NOMBRES Y APELLIDOS:	**BERTA LUCIA SANCHEZ MEDINA**			**CC:**	**65748525**
CORREO ELECTRÓNICO:	**BERTALUCIASANCHEZ@GMAIL.COM**			**TELÉFONO:**	**3128733302**
DIRECCIÓN DOMICILIO:	**CL 35A 34 03**			**CIUDAD:**	**BOGOTA**
BANCO AL CUAL CONSIGNAR:	**BANCO DE BOGOTA**	**TIPO DE CUENTA:**	**AHORROS**	**N° CUENTA:**	**102614690**
DATOS DEL CONTRATO O ADICION Y PERIODO OBJETO DE PAGO					
Nº DEL CONTRATO:	**PS 1985 2026**	**VALOR CORRESPONDIENTE AL PERIODO OBJETO DE COBRO**			**$ 2.161.826**
FECHA DE INICIO CONTRATO	**2026/02/03**	**FECHA DE TERMINACIÓN CONTRATO:**			**2026/05/31**
PERIODO OBJETO DE COBRO:	**DEL 2026/02/03 AL 2026/02/28**				

BERTA LUCIA SANCHEZ MEDINA
PS_1985_2026_AD0077

NOMBRE Y FIRMA DEL CONTRATISTA:
BERTA LUCIA SANCHEZ MEDINA
CC: 65748525
CEL: 3128733302

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			
BERTA LUCIA SANCHEZ MEDINA			
	CON C.C N°	**65.748.525**	
OBJETO DEL CONTRATO:	PRESTAR SERVICIOS COMO BACHILLER APOYO A LA GESTION I 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 1985 2026**	**FECHA INICIO CONTRATO**	**2026/02/03**
VALOR INICIAL DEL CONTRATO	$ 9.312.480	**No. HORAS EJECUTADAS**	**0**
VALOR TOTAL DEL CONTRATO INCLUIDO ADICIONES:	$ 9.312.480	**VALOR DE HONORARIOS PERÍODO A CERTIFICAR:**	$ 2.161.826
PLAZO DEL CONTRATO INCLUYENDO PRORROGAS	CUATRO (4) 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** **(Deben ser coherentes con las obligaciones específicas del contrato realizadas durante el mes)**
1	Gestione el acceso a los servicios de salud mediante la verificación de un promedio de 400 usuarios en los aplicativos Comprobadores de Derechos, DNP, ADRES y georreferenciador,Abriendo historias clínicas, llamando al usuario para informarle de la citas asignadas facilitando su ingreso oportuno a la asignación de servicios de salud.
2	No se realice encuestas para la vigencia del mes de febrero
3	vigencia del mes de febrero No se realice sesiones educativas
4	Identifique las barreras de acceso de los usuarios y se registraron en la plataforma Cuéntanos Bogotá, brindando orientación a 100 usuarios de la Secretaría de Salud. Se destaca que todas las barreras registradas recibieron una solución oportuna, cerrándose el 100% de los casos. (agilsalud, revisando compradores, georeferenciador ,abriendo historias clínicas, llamar los usuario, para informarle de sus citas asignadas, base de datos: sanitas, famisanar, cosalud),Registrados en dinámica y en los drives de las EAPS
5	Desarrolle los talleres pedagógicos, segun el cronograma y metologia establecida en los manueles y protocolos institucioneles vigentes
6	Consolide y entregue mensualmente los soportes de la gestión realizada, correspondientes a 30 charlas, debidamente diligenciados y con la información registrada en los enlaces institucionales establecidos, conforme a los lineamientos técnicos y administrativos definidos por la Oficina
7	Apoye atención al usuario - sala, contigencia sin call center, 2 de febrero al 6 febrero 2026, compañeros incapacitados o permisos, citas asignadas de forma presencial verificando compradores , georeferenciador y actualizando datos cuando fueron requeridos. Durante el proceso, se tuvo en cuenta el lugar de residencia de cada usuario, con el fin de facilitar su acceso a los diferentes centros de salud y hospitales de la Subred Centro Oriente. Registrada de dianamica estructuras asignadas del paciente.
8	Apoye la implementación de estrategias de promoción de derechos y deberes, brindando orientación y capacitación a 10 usuarios en la Unidad, incluyendo la socialización de los canales de interacción y escucha institucional. Durante las jornadas se informó sobre el rol y funciones del Defensor del Usuario de la Subred Centro Oriente, así como la disponibilidad del área de Atención al Usuario para la orientación, direccionamiento y gestión de dificultades, conforme a los lineamientos institucionales.
9	Garantice la reserva, confidencialidad y adecuada protección de los datos personales de los usuarios durante la gestión y registro de la información en los diferentes aplicativos institucionales, incluido el sistema Dinámica para la asignación de 400citas mes de febrer/2026, dando cumplimiento a la normatividad vigente y a los protocolos internos de la Subred.
10	Participe en los espacios convocados por la Oficina de Participación Comunitaria y Servicio al Ciudadano, incluyendo la reunión mensual de fortalecimiento realizada el 04 de febrero a las 2:00 p.m. en el auditorio de santa clara Nuevo Modelo de relacionamiento con los usuarios , así como la reunión mensual de seguimiento de Servicio al Ciudadano, dando cumplimiento a las directrices institucionales - 13 /02/2026 Reunion Brigada Secretaria de salud primer respondiente de emergencia y desastre Dra. Martha Ayala Rojas, Dirección de gestión y talento humano 12. apoyar los subprocesos de la oficina de participación comunitaria y servicio al ciudadano, de acuerdo con las necesidades del servicio y en concordancia con el objeto contractual.
11	Brinde apoyo en los diferentes subprocesos de la Oficina de Participación Comunitaria y Servicio al Ciudadano, ejecutando las actividades requeridas conforme a las necesidades del servicio y en concordancia con el objeto contractual. Atencion al usuario sala, atención al usuario oficina:atención personalizada usuarios, atención al usuario orientadores- orientadores
12	Cumplí oportunamente con las obligaciones contractuales asignadas, desarrollando las actividades del aplicativo de Agilsalud se llamó a 200 usuarios para informar la programación de las citas asignadas por este medio, apb sanitas, famisanar, coosalue, y atendí 100 presencial dentro de los tiempos establecidos y realizando el respectivo registro en los aplicativos institucionales, conforme a las necesidades del servicio en los centros de salud y hospitales de la Subred

13	Porte de manera visible los elementos de identificación institucional (carné y chaqueta) suministrados por la Subred Integrada de Servicios de Salud Centro Oriente E.S.E., manteniendo adecuada presentación personal, conforme a los manuales y lineamientos institucionales vigentes
14	Se dio cumplimiento a las demás obligaciones derivadas directamente del objeto contractual, ejecutando las actividades requeridas conforme a las necesidades del servicio y a lo establecido en el Formato de Necesidad de Personal que hace parte integral del contrato.

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 (2026-02-03) AL (2026-02-28)

IV. INFORMACIÓN DE APORTES A SEGURIDAD SOCIAL

No. DE PLANILLA:	N° 8341554201	OPERADOR:	MI PLANILLA

CONCEPTO DEL PAGO	ENTIDAD	FECHA DE PAGO	VALOR PAGADO
SALUD:	COMPENSAR	2026/02/11	$ 219.600
PENSIÓN:	COLPENSIONES	2026/02/11	$ 281.100
RIESGOS LABORALES:	SEGUROS BOLIVAR	2026/02/11	$ 42.900
OTRO			
TOTAL PAGADO			$ 543.600

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	*BERTA LUCIA SANCHEZ MEDINA* *PS_1985_2026_AD0077* **BERTA LUCIA SANCHEZ MEDINA** **CC: 65748525**
FIRMA DE QUIEN VALIDA	*MARÍA CAROLINA PINILLA JIMÉNEZ* *PS_1985_2026_AD0077* **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_1985_2026_AD0077* **ZULMA JANNETH LÓPEZ CUBIDES** **SUPERVISOR DEL CONTRATO**

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

Señor(a): BERTA LUCIA SANCHEZ MEDINA
No. Identificación: CC65748525
Dirección: CL 35 A SUR NO 34 03
Telefono: 3128733302
Correo: bertaluciasanchezmedina@gmail.com
Ciudad: BOGOTÁ, D.C.
Número de Planilla: 8341554201

CITE EL NÚMERO DE PLANILLA PARA CUALQUIER CONSULTA DE PAGO

Nombre Aportante	BERTA LUCIA SANCHEZ MEDINA	**Número de Empleados**	1
Tipo y número de identificación	CC65748525	**Periodo de Cotización Salud**	enero de 2026
Número de planilla	8341554201	**Periodo de Cotización Pensión**	enero de 2026
Fecha pago	2026-02-11	**Número de Administradoras**	4
Número de autorización pago	93003050	**Total Pagado**	578900
Banco	1023	**Total Intereses de Mora**	2000

PAGADA
8341554201

CÓDIGO ADMINISTRADORA	NOMBRE	TOTAL PAGADO	NÚMERO DE AFILIADOS
14-7	Cia. de Seguros Bolivar S.A.	42900	1
25-14	Administradora Colombiana de Pensiones - Colpensiones	281100	1
CCF24	Compensar Caja de Compensacion Fliar	35300	1
EPS008	Compensar EPS	219600	1

TIPO DOC.: CC
NO. DOCUMENTO: 65748525
APELLIDOS Y NOMBRES: BERTA LUCIA SANCHEZ 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	25-14	1750905	1750905	1750905	1750905	218900	0	280200	0	42700	35100

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