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:	**JULY ANDREA GARCIA LOPEZ**			**CC:**	**1077430368**
CORREO ELECTRÓNICO:	**ANDREIKA79@HOTMAIL.COM**			**TELÉFONO:**	**3127279925**
DIRECCIÓN DOMICILIO:	**CL 22B N° 10 - 10 SUR**			**CIUDAD:**	**BOGOTA**
BANCO AL CUAL CONSIGNAR:	**BANCO DAVIVIENDA S.A.**	**TIPO DE CUENTA:**	**AHORROS**	**N° CUENTA:**	**004870376458**
DATOS DEL CONTRATO O ADICION Y PERIODO OBJETO DE PAGO					
Nº DEL CONTRATO:	**PS 7672 2025**	**VALOR CORRESPONDIENTE AL PERIODO OBJETO DE COBRO**			**$ 4.195.200**
FECHA DE INICIO CONTRATO	**2025/10/15**	**FECHA DE TERMINACIÓN CONTRATO:**			**2026/02/28**
PERIODO OBJETO DE COBRO:	**DEL 2026/01/01 AL 2026/01/31**				

JULY ANDREA GARCIA LOPEZ
PS_7672_2025_2698EA

NOMBRE Y FIRMA DEL CONTRATISTA:
JULY ANDREA GARCIA LOPEZ
CC: 1077430368
CEL: 3127279925

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			
JULY ANDREA GARCIA LOPEZ			
	CON C.C N°	**1.077.430.368**	
OBJETO DEL CONTRATO:	PRESTAR SERVICIOS PROFESIONALES COMO APOYO ETNICO PARA DESARROLLAR ACTIVIDADES EN LA DIRECCION DE GESTION INTEGRAL DEL RIESGO EN SALUD DE LA SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E. PARA EL DESARROLLO DEL CONVENIO MAS BIENESTAR		
CONTRATO DE PRESTACION DE SERVICIOS PROFESIONALES No.	**PS 7672 2025**	**FECHA INICIO CONTRATO**	**2025/10/15**
VALOR INICIAL DEL CONTRATO	$ 2.377.280	**No. HORAS EJECUTADAS**	**184**
VALOR TOTAL DEL CONTRATO INCLUIDO ADICIONES:	$ 23.353.280	**VALOR DE HONORARIOS PERÍODO A CERTIFICAR:**	$ 4.195.200
PLAZO DEL CONTRATO INCLUYENDO PRORROGAS	CINCO (5) MESES		
UNIDAD FUNCIONAL DE EJECUCIÓN DE ACTIVIDADES:	CENTRO DE SALUD PRIMERO DE MAYO		
NOMBRE DEL SUPERVISOR:	ANA MARGARET RABA SIERRA		

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	Obligación 1: Prestar sus servicios con calidad y oportunidad, para el desarrollo de las actividades del convenio Más bienestar equipos básicos extramurales, suscrito entre el FDS y la Subred. 1.1. Actividades desarrolladas: se realizó seguimiento al plan de cuidado familiar a 25 familias afro, realizar 4 apechonterias y 8 técnicas de curaciones ancestrales 1.2. Productos (evidencias): formatos de plan de cuidado familiar, lista de asistencia
2	Obligación 2: Presentar mensualmente el cronograma de actividades a desarrollar, adicionalmente con la finalización del mes se debe entregar un informe de las actividades desarrolladas para la ejecución de sus actividades. 2.2. Actividades desarrolladas: se realizó cronograma de las actividades a desarrollar en el mes de enero, entregar informe de las familias abordadas en cuanto a caracterización, cierre y seguimiento por localidad 2.2. Productos (evidencias): cronograma
3	Obligación 3: Apoyar la prestación de servicios en el del convenio Más bienestar equipos básicos extramurales, presentando la información y/o soportes que se solicite conforme a los anexos y lineamientos técnicos del convenio vigente y suscrito entre el FDS y la Subred. 3.1. Actividades desarrolladas: se presentó formatos de seguimiento al plan de cuidado familiar, actas de las actividades desarrolladas y facturas de la compra de insumos 3.2. Productos (evidencias): formatos de seguimiento al plan de cuidado familiar, actas y facturas
4	Obligación 4: Apoyar las actividades inherentes al objeto del contrato para el mejoramiento continuo de calidad y aquellas definidas dentro de los planes de mejoramiento de los diferentes estándares de habilitación y acreditación de servicios de salud. 4.1. Actividades desarrolladas: se asistió a las preauditorías convocadas por el líder operativo 4.2. Productos (evidencias): actas de revisión de productos
5	Obligación 5: Realizar apropiación conceptual desde su perfil con los anexos y lineamientos técnicos del convenio Más bienestar equipos básicos extramurales suscrito entre el FDS y la Subred. 5.1. Actividades desarrolladas: se realizó revisión continua de los lineamientos con el fin de dar respuesta a los productos con calidad y oportunidad 5.2. Productos (evidencias): acta inicial realizada al comienzo del convenio y las actas realizadas por el líder operativo en seguimiento a los productos de acuerdo con los lineamientos
6	Obligación 6: Desarrollar procesos de asistencia técnica desde los diferentes procesos del convenio Mas bienestar equipos básicos extramurales conforme a su saber disciplinar y profesional, en función de los requerimientos procesos transversales. 6.1. Actividades desarrolladas: se realizó 8 apechonterias con temas que contribuyeron al cuidado de la salud familiar se asistió a la socialización y apropiación territorial 6.2. Productos (evidencias): actas, listado de asistencia y registro fotográfico
7	Obligación 7: Realizar la revisión, alistamiento y entrega con calidad de cada uno de los formatos, documentos, bases o informes generados como resultado de las acciones o intervenciones realizadas en cumplimiento a los anexos y lineamientos técnicos del convenio Mas bienestar equipos básicos extramurales vigente y suscrito entre el FDS y la Subred. 7.1. Actividades desarrolladas: se revisó y alisto y entrego los productos al líder operativo para su constante revisión 7.2. Productos (evidencias): formatos de seguimiento al plan de cuidado familiar, actas y listados de asistencias
8	Obligación 8: Participar y gestionar los acercamientos comunitarios e institucionales que se requieran, para el desarrollo de las acciones de cada Proceso. 8.1. Actividades desarrolladas: se articuló con líderes comunitarios e instituciones para el realizamiento de actividades como apechonterias 8.2. Productos (evidencias): actas, listado de asistencia y registro fotográfico
9	Obligación 9: Activar y notificar los eventos de interés en salud pública detectados en cada una de sus intervenciones. 9.1. Actividades desarrolladas: en las intervenciones realizadas no se presentó eventos de interés en salud pública para notificación 9.2. Productos (evidencias): ninguno
10	Obligación 10: Participar en las asistencias técnicas convocadas por SDS de acuerdo con los procesos asignados y conforme a las actividades, metas y productos establecidos en los anexos y lineamientos técnicos del convenio Más bienestar equipos básicos extramurales suscrito entre el FDS y la Subred. 10.1. Actividades desarrolladas: se participó en asistencia técnica convocada por la secretaria de salud 10.2. Productos (evidencias): listado de asistencia presentado por la secretaria de salud

11	Obligación 11: Velar por la correcta gestión de archivo de la documentación generada de acuerdo con la normatividad y tabla de retención documental referente a su perfil. 11.1. Actividades desarrolladas: se realizó gestión documental de acta, listados y formatos de seguimiento del plan de cuidado de familiar 11.2. Productos (evidencias): productos archivados
12	Obligación 12: Realizar las demás obligaciones que se relacionen con el objeto del contrato y que sean requeridas por la supervisión. 12.1. Actividades desarrolladas: se participó en reunión de equipo, comités, fortalecimientos elaboración de pieza comunicativa con enfoque diferencial, se divulgaron las piezas comunicativas con temas que contribuyen al cuidado de la salud elaboradas por el equipo de comunicación. 12.2. Productos (evidencias): listados de asistencias, pieza comunicativa
13	Obligación 13: Diligenciar la información de la atención en los aplicativos DINAMICA y GTAPS de la SDS DIARIAMENTE a completitud, con veracidad y calidad del dato dentro de las primeras 24 horas de la intervención. Se debe evidenciar registro de medidas antropométricas, tamizajes, toma de signos vitales en historia clínica y aplicativo distrital, teniendo en cuenta que TODOS los productos son sujetos de auditoría. 13.1. Actividades desarrolladas: se diligencio las intervenciones realizadas con el registro medidas antropométricas, tamizajes, toma de signos vitales en el aplicativo GTAPS de la SDS no superando las 24 horas establecidas por lineamiento 13.2. Productos (evidencias): planos
14	Obligación 14: Diligenciar formato de canalización SIRC con calidad y veracidad del dato de acuerdo con las necesidades según lineamiento, dentro de las primeras 24 horas de la intervención, teniendo en cuenta que TODOS los productos son sujetos de auditoría. 14.1. Actividades desarrolladas: en el mes no se evidencio familias con necesidad de canalización 14.2. Productos (evidencias): no se diligencio formato
15	Obligación 15: Diligenciar y enviar fichas de notificación de SIVIGILA (Eventos de interés en salud pública), SIVIM (Eventos de violencia identificados) o SISVECOS (Ideación e intentos de suicidio) de acuerdo con el riesgo identificado, con calidad y veracidad del dato, dentro de las primeras 24 horas de la intervención, teniendo en cuenta que TODOS los productos sujetos de auditoría en el Convenio. 15.3. Actividades desarrolladas: en el mes no se evidencio familias con necesidad de diligenciar y enviar fichas de notificación de SIVIGILA o SISVECOS 15.4. Productos (evidencias): no se diligencio formato
16	Obligación 16: Cumplir, según su perfil y responsabilidades asignadas, con todas las obligaciones establecidas en el anexo técnico del CONVENIO MÁS BIENESTAR vigente, suscrito entre el FDS y la Subred, así como con los lineamientos técnicos y operativos que de este se deriven. Contenidas en el formato de necesidad de personal que hace parte integral del presente contrato 16.1. Actividades desarrolladas: se realizó el cumplimiento de todas obligaciones establecidas en el contrato 16.2. Productos (evidencias): formatos de plan de cuidado familiar, registro en el aplicativo, listados de asistencias y actas.

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° 1077947911	OPERADOR:	SIMPLE

CONCEPTO DEL PAGO	ENTIDAD	FECHA DE PAGO	VALOR PAGADO
SALUD:	NUEVA EPS	2026/01/04	$ 209.800
PENSIÓN:	COLPENSIONES	2026/01/04	$ 268.500
RIESGOS LABORALES:	SURA	2026/01/04	$ 40.900
OTRO			
TOTAL PAGADO			$ 519.200

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	*JULY ANDREA GARCIA LOPEZ* *PS_7672_2025_2698EA* **JULY ANDREA GARCIA LOPEZ** **CC: 1077430368**
FIRMA DE QUIEN VALIDA	*SANDRA YANNETH CONTRERAS PEÑALOSA* *PS_7672_2025_2698EA* **SANDRA YANNETH CONTRERAS PEÑALOSA** **SUPERVISOR ALTERNO**
FIRMA DE QUIEN CONVALIDA EL CUMPLIMIENTO DE LAS OBLIGACIONES PARA EL PRESENTE PERIODO DE PAGO	*ANA MARGARET RABA SIERRA* *PS_7672_2025_2698EA* **ANA MARGARET RABA SIERRA** **SUPERVISOR DEL CONTRATO**

PAGOSIMPLE | AUTOLIQUIDACION CONSOLIDADA

Fecha creación reporte: 2026-01-05, 05:18:36 AM **Tipo Planilla:** I: PLANILLA INDEPENDIENTES **Numéro Planilla:** 1077947911

Periodo Cotización: diciembre de 2025 **Periodo Servicio:** diciembre de 2025 **Referencia pago (PIN):** 8823706750

PAGADO 04/01/2026 EN HORARIO EXTENDIDO

I. DATOS DEL APORTANTE

Razón Social	JULY ANDREA GARCIA LOPEZ		
Documento	CC1077430368	**Dirección**	CL 6 C 82 A 78
Tipo de Empresa	INDEPENDIENTE	**Teléfono**	3127279925
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 1077430368	JULY ANDREA GARCIA LOPEZ	59	00																	0	30	30	30	0	(25-14) COLPENSIONES	$ 1.678.100	$ 268.500	(EPS037) NUEVA EPS S.A.	$ 1.678.100	$ 209.800	2,436	$ 1.678.100	$ 40.900	(NIN-CC) NINGUNA CCF	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 519.200

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
$ 1.678.100	$ 1.678.100	$ 1.678.100	$ 0	$ 268.500	$ 209.800	$ 40.900	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 519.200	$ 0	$ 519.200

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.

Gmail **July andrea Garcia lopez <jandreasubredcentrooriente@gmail.com>**

PSE - Transacción Aprobada ✅ CUS 2057867724

serviciopse@achcolombia.com.co <serviciopse@achcolombia.com.co> 4 de enero de 2026 a las 12:20 p.m.
Para: jandreasubredcentrooriente@gmail.com

¡Hola, july andrea garcia lopez!

Estado de la Transacción: Aprobada

Los siguientes son los datos de tu transacción:



Valor: $ 519.200

Empresa: SISTEMA INTEGRADO MULTIPLE DE PAGOS ELECTRONICOS S

Descripción: Pago PSE. Ref:8823706750-202512-1345784. idTrans:1345784

Fecha de la transacción: 04/01/2026

CUS: 2057867724

Gracias por utilizar nuestro servicio.

Ten encuenta estos tips de seguridad:

- Usa dispositivos personales o de confianza para realizar tus pagos.
- No abras enlaces sospechosos.
- Cambia tus contraseñas con regularidad.
- Digita manualmente la URL del portal de tu entidad financiera.
- Recuerda que PSE nunca te contactará para solicitarte información personal.

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 l

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

Documentos de ejecución del contrato

	Descripción	Nombre del archivo	Cargado por	
☐	PS_7672_2025_CUENTA_DE_COBRO_OCTUBRE_2025.pdf	PS_7672_2025_CUENTA_DE_COBRO_OCTUBRE_2025.pdf	Proveedor	D
☐	PS_7672_2025_ CUENTA_ DE_ COBRO_NOVIEMBRE.pdf	PS_7672_2025_ CUENTA_ DE_ COBRO_NOVIEMBRE.pdf	Proveedor	D
☐	PS _7672 _2025_CUENTA_ DE_ COBRO_DICIEMBRE.pdf	PS _7672 _2025_CUENTA_ DE_ COBRO_DICIEMBRE.pdf	Proveedor	D

Bor

Cancelar

< Evaluación de l