

DATOS DEL CONTRATISTA

FECHA DE DILIGENCIAMIENTO: (31-05-2026)

NOMBRES Y APELLIDOS:	ANYELA CAROLINA MEDINA RONCANCIO		CC:	52746408	
CORREO ELECTRÓNICO:	anyelamedina075@gmail.com		TELÉFONO:	3232246007	
DIRECCIÓN DOMICILIO:	CL 73 SUR 92 85		CIUDAD:	BOGOTA	
BANCO AL CUAL CONSIGNAR:	BBVA COLOMBIA	TIPO DE CUENTA:	AHORROS	N° CUENTA:	552188930

DATOS DEL CONTRATO O ADICION Y PERIODO OBJETO DE PAGO

N° DEL CONTRATO:	PS 1951 2026	VALOR CORRESPONDIENTE AL PERIODO OBJETO DE COBRO	\$ 2.328.120
FECHA DE INICIO CONTRATO	2026/02/03	FECHA DE TERMINACIÓN CONTRATO:	2026/05/31
PERIODO OBJETO DE COBRO:	DEL 2026/05/01 AL 2026/05/31		



ANYELA CAROLINA MEDINA RONCANCIO
PS_1951_2026_E13B14

NOMBRE Y FIRMA DEL CONTRATISTA:

ANYELA CAROLINA MEDINA RONCANCIO

CC: 52746408

CEL: 3232246007

CELEBRADO ENTRE LA SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E Y
ANYELA CAROLINA MEDINA RONCANCIO

CON C.C N° **52.746.408**

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 1951 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:	\$ 2.328.120
---	--------------	--	--------------

PLAZO DEL CONTRATO INCLUYENDO PRORROGAS CUATRO (4) MESES

UNIDAD FUNCIONAL DE EJECUCIÓN DE ACTIVIDADES:	HOSPITAL SANTA CLARA
--	----------------------

NOMBRE DEL SUPERVISOR:	ZULMA JANNETH LÓPEZ CUBIDES
-------------------------------	-----------------------------

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)

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	PARA EL MES DE MAYO SE REALIZÓ APOYO EN EL SUB PROCESO DE ASIGNACIÓN DE CITAS LOS DÍAS 4, 6, 8, 12, 14, 25, 27, Y 29 DE MAYO, ASI COMO LA NOTIFICACIÓN Y LA EXPLICACIÓN DE LAS PREPARACIONES DE LOS USUARIOS QUE LO REQUERÍAN.
2	SE REALIZÓ LA GESTIÓN DE 639 REGISTROS EN LAS HERRAMIENTAS DIGITALES ESTABLECIDAS CON CAPITAL SALUD (DRIVE BETA) PARA LA VIGENCIA DEL MES DE MAYO DEL AÑO 2026.
3	PARA EL MES DE MAYO NO SE REALIZARON ENCUESTAS DE SATISFACCIÓN EN LOS USUARIOS.
4	PARA EL MES DE MAYO NO SE REALIZARON SESIONES EDUCATIVAS EN SALA, PERO SE REALIZÓ EL REGISRO DE 100 USUARIOS ATENDIDOS A TRAVÉS DEL APLICATIVO DISTRITAL SI CUÉNTANOS BOGOTÁ.
5	SE REALIZÓ EL REGISTRO DE 100 USUARIOS POR ATENCIONES A TRAVÉS DEL APLICATIVO SI CUÉNTANOS BOGOTÁ CONFORME A LO ESTABLECIDO EN LOS LINEAMIENTOS TECNICOS Y ADMINISTRATIVOS DEFINIDOS PÁGINA 3 DE 2980 SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E APOYO GESTION DE CONTRATACION FORMATO MINUTA CONTRATOS OPS CÓDIGO: AP-IA-FT-076 VERSIÓN: 1 FECHA: 2024-07-04 POR LA OFICINA DE PARTICIPACION COMUNITARIA Y SERVICIO AL CIUDADANO.
6	PARA EL MES DE MAYO NO SE REALIZARON TALLERES PEDAGÓGICOS EN EL PROCESO DE LA OFICINA DE PARTICIPACIÓN COMUNITARIA Y SERVICIO AL CIUDADANO.
7	SE REALIZÓ APOYO EN LA ELABORACIÓN DEL INFORME DE GESTIÓN DE PQRSDF DE LA OFICINA DE ENLACES, SUMINISTRANDO LA INFORMACIÓN DE LOS REQUERIMIENTOS GESTIONADOS, SE ASISTIÓ A LA REUNION SEGUIMIENTO AL CONTRATO DE CÁPITA QUE SE REALIZO DE FORMA VIRTUAL CON LA ASEGURADORA CAPITAL SALUD EL DIA 14 MAYO DE 2026.
8	SE REALIZÓ LA ASIGNACIÓN DE 711 CITAS MÉDICAS A TRAVÉS DEL APLICATIVO INSTITUCIONAL DINÁMICA GERENCIAL EN LA VIGENCIA DEL MES DE MAYO DEL AÑO 2026. Y SE REALIZAN 600 REGISTROS DE LLAMADAS A TRAVES DEL APLICATIVO 3CX PHONE.
9	SE REALIZÓ LA SOCIALIZACIÓN DEL DERECHO Y EL DEBER DEL MES DE MAYO A LOS 639 USUARIOS GESTIONADOS A TRAVÉS DE LA HERRAMIENTA DIGITAL DRIVE BETA.
10	SE GARANTIZA LA RESERVA, CONFIDENCIALIDAD, PRIVACIDAD Y PROTECCIÓN DE LOS DATOS PERSONALES E INFORMACIÓN DE LOS PACIENTES Y USUARIOS, DANDO CUMPLIMIENTO A LA NORMATIVIDAD VIGENTE Y A LOS PROTOCOLOS INTERNOS DE LA SUBRED. A TRAVÉS DE LAS RESTRICCIONES Y SISTEMA DE INFORMACIÓN DEL DRIVE BETA.
11	SE PARTICIPÓ EN LA REUNIÓN DE FORTALECIMIENTO DE COMPETENCIAS EL DIA 29 DE MAYO 2026 DE LA OFICINA DE PARTICIPACIÓN COMUNITARIA Y SERVICIO AL CIUDADANO Y/O POR LA SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E, Y SE REALIZO EL CURSO DE GESTION DE CONFLICTO DE INTERES CON UNA INTENSIDAD HORARIA DE 2 HORAS EL DIA 27 DE MAYO DE 2026.
12	PARA EL MES DE ABRIL SE REALIZÓ APOYO EN EL SUB PROCESO DE ASIGNACIÓN DE CITAS LOS DÍAS 4, 6, 8, 12, 14, 25, 27, Y 29 DE MAYO, ASI COMO LA NOTIFICACIÓN Y LA EXPLICACIÓN DE LAS PREPARACIONES DE LOS USUARIOS QUE LO REQUERÍAN.
13	SE CUMPLIÓ CON LAS OBLIGACIONES ASIGNADAS DE ACUERDO CON LA DEMANDA Y LOS TIEMPOS REQUERIDOS, SEGÚN LAS NECESIDADES DEL SERVICIO.

14	SE REALIZÓ EL PORTE DE MANERA VISIBLE LOS ELEMENTOS DE IDENTIFICACIÓN INSTITUCIONAL Y MANTUVE UNA ADECUADA PRESENTACIÓN PERSONAL, EN CUMPLIMIENTO DE LOS MANUALES Y LINEAMIENTOS INSTITUCIONALES.
15	SE CUMPLIÓ CON LAS DEMÁS OBLIGACIONES ASIGNADAS EN EL MARCO DE LA EJECUCIÓN DE LOS OBJETOS CONTRACTUALES Y DIRECCIONADOS POR EL REFERENTE Y EL JEFE DE OFICINA.

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 (2026-05-01) AL (2026-05-31)

IV. INFORMACIÓN DE APORTES A SEGURIDAD SOCIAL

No. DE PLANILLA:	N° 1080885708	OPERADOR:	SIMPLE
CONCEPTO DEL PAGO	ENTIDAD	FECHA DE PAGO	VALOR PAGADO
SALUD:	COMPENSAR	2026/05/04	\$ 218.900
PENSIÓN:	PORVENIR	2026/05/04	\$ 280.200
RIESGOS LABORALES:	SEGUROS BOLIVAR	2026/05/04	\$ 42.700
OTRO			
TOTAL PAGADO			\$ 541.800



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 ningún caso el IBC sea menor a 1 SMMLV (de ser el primer pago adjunto certificaciones de afiliacion a eps, arl, pensión, 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	 ANYELA CAROLINA MEDINA RONCANCIO PS_1951_2026_E13B14 <hr/> ANYELA CAROLINA MEDINA RONCANCIO CC: 52746408
FIRMA DE QUIEN VALIDA	 MARÍA CAROLINA PINILLA JIMÉNEZ PS_1951_2026_E13B14 <hr/> MARÍA CAROLINA PINILLA JIMÉNEZ SUPERVISOR ALTERNO



ZULMA JANNETH LÓPEZ CUBIDES

PS_1951_2026_E13B14

ZULMA JANNETH LÓPEZ CUBIDES
SUPERVISOR DEL CONTRATO

**FIRMA DE QUIEN CONVALIDA EL CUMPLIMIENTO DE LAS
OBLIGACIONES PARA EL PRESENTE PERIODO DE PAGO**



PAGOSIMPLE | REPORTE INDIVIDUAL

Fecha creación reporte 2026-05-29, 06:50:53 AM Tipo Planilla | Número Planilla 1080885708 Referencia pago(PIN) 8837285970
 Periodo Cotización 202604 Periodo Servicio 202604
 Cliente:

PAGADA 2026-05-04

I. DATOS DEL APORTANTE

Razón Social	ANYELA CAROLINA MEDINA RONCANCIO		
Documento	CC 52746408	Dirección	CALLE 73 SUR N 92 -85 APTO 303
Tipo de Empresa	INDEPENDIENTE	Teléfono	3232246007
Tipo Persona	NATURAL	Forma Presentación	ÚNICO
Ciudad	BOGOTA D.C.	Total Afiliados	1
Representante Legal		Departamento	BOGOTA D.C.
		Identificación	

II. DATOS DEL AFILIADO

Documento	CC 52746408	Residente	Exonerado	N	Apellidos y Nombres	Código Ciudad - Departamento	Centro de Trabajo	Ubicación Laboral
Tipo Cotizante	59 00				MEDINA RONCANCIO ANYELA CAROLINA	11001000 - 11		BOGOTA D.C.

III. APORTE POR CADA UNA DE LAS ADMINISTRADORAS ASOCIADAS AL AFILIADO:

Novedades																	Extranjero	Tipo salario	Salario	Pensión						Salud				Riesgos				Caja				Parafiscales									
ING	RET	TDE	TAE	TDP	TAP	VSP	COR	SUN	IGE	LMA	VAC	AVP	VCT	IRP	Dias AFP	Dias EPS				Dias AFP	Dias CCF	Código AFP	Código Tras. AFP	Tarifa AFP	IBC	Total Aporte AFP	Total Aporte FSP	Total Aporte FSFS	Código EPS	Código Tras. EPS	Tarifa EPS	IBC EPS	Aporte Salud	Aporte UPC	Código ARL	Clase Riesgo	Tarifa ARL	IBC ARL	Aporte Riesgos	Código CCF	Tarifa CCF	IBC CCF	Aporte Caja	Tarifa SENA	Aporte SENA	Tarifa ICBF	Aporte ICBF
															0	30	30	0				16%	\$ 1.750.905	\$ 280.200	\$ 0	\$ 0	EPS008		12,5%	\$ 1.750.905	\$ 218.900	\$ 0	14-7	3	2,436%	\$ 1.750.905	\$ 42.700	NIN-CC	0%	\$ 0	\$ 0	0%	\$ 0	0%	\$ 0	0%	\$ 0

IV. TOTALES

Total Aportes Pensión	Total Aportes FSP	Total Aportes FSFS	Total Aportes Salud	Total Aportes Riesgos	Total Aportes Cajas	Total Aportes SENA	Total Aportes ICBF	Total Aportes ESAP	Total Aportes MEN	Total Final
PORVENIR	FSP SOLIDARIDAD	FSP SUBSISTENCIA	COMPENSAR EPS	SEGUROS BOLIVAR	NINGUNA CCF	SENA	ICBF	ESAP	MEN	
\$ 280.200	\$ 0	\$ 0	\$ 218.900	\$ 42.700	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0	

