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: (30-06-2026)					
NOMBRES Y APELLIDOS:	**CLAUDIA PILAR ACOSTA BEJARANO**			**CC:**	**52093764**
CORREO ELECTRÓNICO:	**KLAPYACOSTA@GMAIL.COM**			**TELÉFONO:**	**3112956046**
DIRECCIÓN DOMICILIO:	**KR 56 161 32 AP 707**			**CIUDAD:**	**BOGOTA**
BANCO AL CUAL CONSIGNAR:	**BANCOLOMBIA**	**TIPO DE CUENTA:**	**AHORROS**	**N° CUENTA:**	**68890167512**
DATOS DEL CONTRATO O ADICION Y PERIODO OBJETO DE PAGO					
Nº DEL CONTRATO:	**PS 2782 2026**	**VALOR CORRESPONDIENTE AL PERIODO OBJETO DE COBRO**			**$ 6.226.865**
FECHA DE INICIO CONTRATO	**2026/02/03**	**FECHA DE TERMINACIÓN CONTRATO:**			**2026/06/30**
PERIODO OBJETO DE COBRO:	**DEL 2026/06/01 AL 2026/06/30**				

CLAUDIA PILAR ACOSTA BEJARANO
PS_2782_2026_178CFA

NOMBRE Y FIRMA DEL CONTRATISTA:
CLAUDIA PILAR ACOSTA BEJARANO
CC: 52093764
CEL: 3112956046

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			
CLAUDIA PILAR ACOSTA BEJARANO			
	CON C.C N°	**52.093.764**	
OBJETO DEL CONTRATO:	PRESTAR SERVICIOS COMO PROFESIONAL ESPECIALIZADO IV PARA DESARROLLAR ACTIVIDADES EN LA OFICINA ASESORA DE DESARROLLO INSTITUCIONAL DE LA SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E.		
CONTRATO DE PRESTACION DE SERVICIOS PROFESIONALES No.	**PS 2782 2026**	**FECHA INICIO CONTRATO**	**2026/02/03**
VALOR INICIAL DEL CONTRATO	$ 24.907.460	**No. HORAS EJECUTADAS**	**0**
VALOR TOTAL DEL CONTRATO INCLUIDO ADICIONES:	$ 31.134.325	**VALOR DE HONORARIOS PERÍODO A CERTIFICAR:**	$ 6.226.865
PLAZO DEL CONTRATO INCLUYENDO PRORROGAS	CINCO (5) MESES		
UNIDAD FUNCIONAL DE EJECUCIÓN DE ACTIVIDADES:	SEDE ADMINISTRATIVA DIAGONAL 34		
NOMBRE DEL SUPERVISOR:	OLGA YUMARY RAMIREZ TORRES		

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	1. REALIZAR LA CONVOCATORIA A REUNIONES Y SEGUIMIENTOS CONTRACTUALES ESTABLECIDOS CON LAS DIFERENTES EAPB PARA LAS DIFERENTES AREAS, DOCUMENTAR LOS AJUSTES QUE SE PRESENTEN CONTRACTUALMENTE CON ACTAS, DE ACUERDOS PACTADAS ENTRE LAS PARTES INTERESADAS. 2. REALIZAR LOS ESTUDIOS DE MERCADO EN EL CUAL SE IDENTIFIQUEN NECESIDADES DE ENTIDADES QUE REQUIEREN LOS SERVICIOS DE LA SUBRED CENTRO ORIENTE E.S.E. (EAPB, FUNDACIONES, IPS) Y APOYAR LA INVESTIGACION DE MERCADEO, LA ESTRATEGIA DE MARKETING, VENTAS, PUBLICIDAD, PROMOCION, POLITICA DE PRECIOS, CONTRATACION CON LAS ENTIDADES ADMINISTRADORAS DE PLANES DE BENEFICIOS EAPB. 3. PREPARAR EN CONJUNTO CON LAS AREAS ASISTENCIALES Y ADMINISTRATIVOS INFORMES, ESTUDIOS, EVALUACIONES, INDICADORES, ESTADISTICAS, ACTUALIZACION DE PROCESOS Y PROCEDIMIENTOS Y DEMAS DOCUMENTOS QUE SEAN REQUERIDOS POR LAS ASEGURADORAS. 4. MONITOREAR EL REPORTE OPORTUNO DE LA INFORMACION QUE SE LE EFECTUA A LAS DIFERENTES ASEGURADORAS DE PLANES DE BENEFICIOS. 5. ANALIZAR LOS SERVICIOS HABILITADOS Y OFERTARLOS A LAS DIFERENTES EAPB PARA LA OFERTA DEL PORTAFOLIO DE SERVICIOS EN RELACION A LA OFERTA Y DEMANDA DE SERVICIOS PARA DETERMINAR VIABILIDAD DE CONTRATACION CON LAS DIFERENTES EAPB. 6. REALIZAR EL MONITOREAR DE PLAN DE VENTAS, HACIENDO SEGUIMIENTO A LA FACTURACION RADICADA, PARA VERIFICAR EJECUCION DEL CONTRATO Y DISEÑAR OFERTAS COMERCIALES FACTIBLES FINANCIERAMENTE 7. REALIZAR LOS REPORTES DE INFORMACION EN LOS SISTEMAS DE INFORMACION DISPUESTOS PARA EL DESARROLLO DE LAS FUNCIONES. 8. PROPORCIONAR SOPORTE EN LA CAPACITACION A LAS DIFERENTES AREAS SOBRE LA CONTRATACION SUSCRITA CON LOS DIFERENTES PAGADORES. 9. ADELANTAR LOS PROCESOS DE CONTRATACION Y CONVENIOS CON PERSONAS NATURALES, ENTIDADES PUBLICAS Y PRIVADAS PARA CUMPLIR LA MISION DE LA ENTIDAD. 10. UNA VEZ TERMINADA LA VIGENCIA DEL CONTRATO, SE DEBE GENERAR UN INFORME DE CUMPLIMIENTO, DE TODAS LAS CONDICIONES ACORDADAS ENTRE LAS PARTES LEGALES. 11. LAS DEMAS QUE SEAN ASIGNADAS POR EL SUPERVISOR Y QUE SE RELACIONEN CON EL OBJETO CONTRACTUAL. CONTENIDAS EN EL FORMATO DE NECESIDAD DE PERSONAL QUE HACE PARTE INTEGRAL DEL PRESENTE CONTRATO." CONTENIDAS EN EL FORMATO DE NECESIDAD DE PERSONAL QUE HACE PARTE INTEGRAL DEL PRESENTE 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 (2026-06-01) AL (2026-06-30)

IV. INFORMACIÓN DE APORTES A SEGURIDAD SOCIAL

No. DE PLANILLA:	N° 83683942	OPERADOR:	MI PLANILLA

CONCEPTO DEL PAGO	ENTIDAD	FECHA DE PAGO	VALOR PAGADO
SALUD:	COMPENSAR	2026/06/10	$ 312.500
PENSIÓN:	COLPENSIONES	2026/06/10	$ 400.000
RIESGOS LABORALES:	POSITIVA	2026/06/10	$ 60.900
OTRO			
TOTAL PAGADO			$ 773.400

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	*CLAUDIA PILAR ACOSTA BEJARANO* *PS_2782_2026_178CFA* **CLAUDIA PILAR ACOSTA BEJARANO** **CC: 52093764**
FIRMA DE QUIEN CONVALIDA EL CUMPLIMIENTO DE LAS OBLIGACIONES PARA EL PRESENTE PERIODO DE PAGO	*OLGA YUMARY RAMIREZ TORRES* *PS_2782_2026_178CFA* **OLGA YUMARY RAMIREZ TORRES** **SUPERVISOR DEL CONTRATO**

compensar | miplanilla.com

PLANILLA INTEGRADA DE AUTOLIQUIDACION DE APORTES

DATOS DEL APORTANTE						
TIPO	NÚMERO	NOMBRE APORTANTE	DIRECCIÓN	TELÉFONO	CORREO	EXONERADO PAGO PARAFISCALES Y SALUD
CC	52093764	CLAUDIA PILAR ACOSTA BEJARANO	CR 56 No. 161-32 Apto 707	3112956046	klapyacosta@gmail.com	
FORMA PRESENTACIÓN	CLASE APORTANTE	NOMBRE SUCURSAL / CÓDIGO	DEPARTAMENTO	CIUDAD / MUNICIPIO		
ÚNICA	I – Independiente		BOGOTÁ D. C.	BOGOTÁ, D.C.		NO

DATOS DE LA PLANILLA					
PLANILLA ASOCIADA	FECHA PAGO ASOCIADA (DIA/MES/AÑO)	NÚMERO PLANILLA	FECHA PAGO (DIA/MES/AÑO)	CANTIDAD EMPLEADOS	CANTIDAD UPC
		83683942	10/06/2026	1	0
PERIODO SALUD	PERIODO PENSIÓN	TIPO PLANILLA	TOTAL NÓMINA	TOTAL A PAGAR	
2026-05	2026-05	I	$2,500,000	$788.400	

TOTALES POR SUBSISTEMAS

TOTALES SALUD

Código EPS	Nombre	NIT	Cotización Obligatoria	UPC Adicional	Incapacidades		Licencia Maternidad		Días Mora	Valor Mora Cotización	Valor Mora UPC	Total a Pagar	No. Afiliados
					No. Autorización	Valor	No. Autorización	Valor					
EPS008	Compensar EPS	860066942-7	312.500	0		0		0	0	0	0	312.500	1

TOTALES PENSIÓN

Código AFP	Nombre	NIT	Cotización Obligatoria	Aporte Voluntario Afiliado	Aporte Voluntario Aportante	Aporte FSP - Solidaridad	Aporte FSP - Subsistencia	Días Mora	Valor Mora Cotización	Valor Mora FSP	Total a Pagar	No. Afiliados
25-14	Colpensiones	900336004-7	400.000	0	0	0	0	0	0		400.000	1

TOTALES RIESGOS LABORALES

Código ARL	Nombre	NIT	Cotización Obligatoria	Incapacidades		Aportes Otros Sistemas	Valor Neto Cotización	Días Mora	Valor Mora Cotización	Subtotal Cotización	No. Radicado Saldo a Favor	Valor Saldo a Favor	Fondo Solidaridad	Total a Pagar	No. Afiliados
				No. Autorización	Valor										
14-23	Positiva Seguros	860011153-6	60.900				60.900	0	0	60.900			609	60.900	1

TOTALES CAJAS

Código CCF	Nombre	NIT	Valor Aporte	Días Mora	Valor Mora Aporte	Total a Pagar	No. Afiliados
CCF24	Compensar Caja	860066942-7	15.000	0	0	15.000	1

TOTALES PARAFISCALES

Valor Aporte	Días Mora	Valor Mora Aporte	Total a Pagar	No. Afiliados
SENA				
0	0	0	0	0
ICBF				
0	0	0	0	0
ESAP				
MEN				

TOTALES POR SUBSISTEMA

Tipo Administradora	No. Administradoras Reportadas	Valor antes de IGE, LMA, IRP y Mora	Total a Pagar
Salud	1	312.500	312.500
Pensión	1	400.000	400.000
Riesgos Laborales	1	60.900	60.900
CCF	1	15.000	15.000
ESAP	0	0	0
ICBF	0	0	0
MEN	0	0	0
SENA	0	0	0
TOTALES	4	788.400	788.400

PAGADA

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

compensar | miplanilla.com

PLANILLA INTEGRADA DE AUTOLIQUIDACION DE APORTES

DATOS DEL APORTANTE						
TIPO	NÚMERO	NOMBRE APORTANTE	DIRECCIÓN	TELÉFONO	CORREO	EXONERADO PAGO PARAFISCALES Y SALUD
CC	52093764	CLAUDIA PILAR ACOSTA BEJARANO	CR 56 No. 161-32 Apto 707	3112956046	klapyacosta@gmail.com	
FORMA PRESENTACIÓN	CLASE APORTANTE	NOMBRE SUCURSAL / CÓDIGO	DEPARTAMENTO	CIUDAD / MUNICIPIO		
ÚNICA	I – Independiente		BOGOTÁ D. C.	BOGOTÁ, D.C.		NO

DATOS DE LA PLANILLA					
PLANILLA ASOCIADA	FECHA PAGO ASOCIADA (DIA/MES/AÑO)	NÚMERO PLANILLA	FECHA PAGO (DIA/MES/AÑO)	CANTIDAD EMPLEADOS	CANTIDAD UPC
		83683942	10/06/2026	1	0
PERIODO SALUD	PERIODO PENSIÓN	TIPO PLANILLA	TOTAL NÓMINA	TOTAL A PAGAR	
2026-05	2026-05	I	$2,500,000	$788.400	

DETALLE POR COTIZANTE

INFORMACIÓN COTIZANTE								INFORMACIÓN NOVEDADES																PENSIÓN								SALUD				RIESGOS LABORALES					CCF				PARAFISCALES				
No.	Tipo y Número de Identificación	Apellidos y Nombres	Cotizante	Subtipo	Extranjero	Colom. exterior	Excarcelado	ING	RET	TDE	TAE	TDP	TAP	VSP	VST	SLN	IGE	LMA	VAC	AVP	VCT	IRL	CORRECCIÓN	Cód. AFP	IBC AFP	Días	Cotización	Voluntario Afiliado	Voluntario Aportante	Fondo pensional de solidaridad	Fondo pensional de subsistencia	Cód. EPS	IBC EPS	Días	Cotización / Valor UPC	Cód. ARL	IBC ARL	Días	Clase de Riesgo	Cotización	Código CCF	IBC CCF	Días	Aporte CCF	IBC otros parafiscales	Aporte SENA	Aporte ICBF	Aporte ESAP	Aporte MEN
1	CC 52093764	ACOSTA BEJARANO CLAUDIA PILAR	59	0			N																	25-14	2.500.000	30	400.000	0	0	0	0	EPS008	2.500.000	30	312.500	14-23	2.500.000	30	3	60.900	CCF24	2.500.000	30	15.000	0	0	0	0	0

PAGADA

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