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:	**ANAMARIA CRUZ RODRIGUEZ**			**CC:**	**1032797664**
CORREO ELECTRÓNICO:	**anamaricruzro@gmail.com**			**TELÉFONO:**	**3209662972**
DIRECCIÓN DOMICILIO:	**KR 12 ESTE 42 47 SUR**			**CIUDAD:**	**BOGOTA**
BANCO AL CUAL CONSIGNAR:	**BANCO CAJA SOCIAL**	**TIPO DE CUENTA:**	**AHORROS**	**N° CUENTA:**	**24140183993**
DATOS DEL CONTRATO O ADICION Y PERIODO OBJETO DE PAGO					
Nº DEL CONTRATO:	**PS 3698 2026**	**VALOR CORRESPONDIENTE AL PERIODO OBJETO DE COBRO**			**$ 2.980.800**
FECHA DE INICIO CONTRATO	**2026/04/09**	**FECHA DE TERMINACIÓN CONTRATO:**			**2026/07/31**
PERIODO OBJETO DE COBRO:	**DEL 2026/06/01 AL 2026/06/30**				

ANAMARIA CRUZ RODRIGUEZ
PS_3698_2026_BB1CB2

NOMBRE Y FIRMA DEL CONTRATISTA:
ANAMARIA CRUZ RODRIGUEZ
CC: 1032797664
CEL: 3209662972

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 ANAMARIA CRUZ RODRIGUEZ			
	CON C.C N°	**1.032.797.664**	
OBJETO DEL CONTRATO:	PRESTAR SERVICIOS DE APOYO A LA GESTION COMO TECNICO ADMINISTRATIVO 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 EN TU HOGAR		
CONTRATO DE PRESTACION DE SERVICIOS PROFESIONALES No.	**PS 3698 2026**	**FECHA INICIO CONTRATO**	**2026/04/09**
VALOR INICIAL DEL CONTRATO	$ 11.227.680	**No. HORAS EJECUTADAS**	**184**
VALOR TOTAL DEL CONTRATO INCLUIDO ADICIONES:	$ 11.227.680	**VALOR DE HONORARIOS PERÍODO A CERTIFICAR:**	$ 2.980.800
PLAZO DEL CONTRATO INCLUYENDO PRORROGAS	TRES (3) MESES Y VEINTRES (23) DIAS		
UNIDAD FUNCIONAL DE EJECUCIÓN DE ACTIVIDADES:	SEDE ADMINISTRATIVA SAN JOSE OBRERO		
NOMBRE DEL SUPERVISOR:	LIDA ESPERANZA MONTENEGRO PARRA		

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. Obligación: Desarrollar las actividades que se generen directa e indirectamente del objeto contractual en las unidades de prestación de servicios asignadas de acuerdo con la programación de actividades. 1.1. Actividad: Desarrollé las actividades que se generaron directa e indirectamente del objeto contractual 1.2. Evidencia: Se entregaron los soportes de las actividades desarrolladas directa e indirectamente del objeto contractual.
2	2. Obligación: Realizar apropiación conceptual desde su perfil con los anexos y lineamientos técnicos del convenio Más Bienestar y suscrito entre el FDS y la SUBRED y/o actualizaciones que correspondan. 2.1. Actividad: Realicé la apropiación conceptual de los lineamientos y anexos técnicos del convenio Mas Bienestar 2.2. Evidencia: Se entregó el acta de apropiación de lineamientos.
3	3. Obligación: Entregar al supervisor, una vez finalice el contrato los archivos físicos, magnéticos, insumos biomédicos y dotación que se hubieren generado y/o entregado durante su ejecución. 3.1. Actividad: Se entregará al supervisor, una vez finalice el contrato los archivos físicos, magnéticos, insumos biomédicos y dotación que se hubieren generado y/o entregado durante su ejecución 3.2. Evidencia: Se realizará el acta de entrega al supervisor todos los archivos
4	4. Obligación: Realizar el pago de los aportes al sistema general de seguridad social y aportes parafiscales, de conformidad con la ley 1955 de 2019 plan de desarrollo 2018 2022, en su artículo 336 derogo estos preceptos y en su lugar entro a regir el artículo 244 de la misma norma, ratificando lo dispuesto en la ley 1753 de 2015, y demás normas que lo reglamenten, complementen o sustituyan. El incumplimiento de esta obligación o la falsedad en la misma será causal de incumplimiento y terminación del contrato, para lo cual se dará tramite al proceso pertinente de conformidad con el manual de contratación y acciones legales a que haya lugar. 4.1. Actividad: Se realizó el pago de los aportes al sistema general de seguridad social conforme a la ley 1955 de 2019 4.2. Evidencia: Se cargó en el DRIVE el archivo de la planilla expedido por el proveedor
5	5. Obligación: Desarrollar el plan de bienestar, acorde a criterio de priorización y a las claridades técnicas, operativas y metodológicas relacionadas en las fichas técnicas. 5.1. Actividad: Esta actividad no fue realizada ya que no viene en el objeto del contrato 5.2. Evidencia: No aplica
6	6. Obligación: Realizar la planilla de las familias con las que se inician los planes de bienestar familiar o el formato de disentimiento de las familias que rechazan la intervención y verificar el archivo plano de ruteo, donde se evidencie la gestión final del caso. 6.1. Actividad: Esta actividad no fue realizada ya que no viene en el objeto del contrato 6.2. Evidencia: No aplica
7	7. Obligación: Realizar los tamizajes requeridos por el perfil de acuerdo con las fichas técnicas (APGAR, EPOC, OMS, FINDRISC, rejillas de crecimiento y desarrollo resolución 2465 y 3280, cope 28, SRQ, RQC, WHODAS, ZARIT, BARTHEL y acompañamiento psicosocial) según aplique. 7.1. Actividad: Esta actividad no fue realizada ya que no viene en el objeto del contrato 7.2. Evidencia: No aplica

8	8. Obligación: Realizar las canalizaciones y seguimiento de acuerdo con la necesidad y el riesgo identificado en las familias. 8.1. Actividad: Esta actividad no fue realizada ya que no viene en el objeto del contrato 8.2. Evidencia: No aplica
9	9. Obligación: Realizar agendamiento en tiempo real a la unidad resolutiva más cercana del usuario acorde a lo establecido en los lineamientos técnicos. 9.1. Actividad: Esta actividad no fue realizada ya que no viene en el objeto del contrato 9.2. Evidencia: No aplica
10	10. Obligación: Realizar notificación de eventos de interés de salud pública de acuerdo con la necesidad. 10.1. Actividad: Esta actividad no fue realizada ya que no viene en el objeto del contrato 10.2. Evidencia: No aplica
11	11. Obligación: Realizar el cargue al aplicativo GTAPS con calidad y oportunidad la información de las familias visitadas en el convenio equipos más bienestar en tu hogar acorde a lo establecido en los lineamientos técnicos. 11.1. Actividad: 11.2. Evidencia: No aplica
12	12. Obligación: 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. 12.1. Actividad: Apoyé las actividades inherentes al objeto del contrato. 12.2. Evidencia: Se entregaron los soportes de las actividades inherentes al objeto del contrato.
13	13. Obligación: Cumplir con actividades y/o productos programados y asignados con la calidad de datos (integridad, oportunidad, consistencias, exactitud) desde su perfil profesional y conforme a los anexos y lineamientos técnicos que hagan parte de la relación contractual entre el FDS y la SUBRED, de acuerdo a las horas contratadas. 13.1. Actividad: Cumplí con actividades programadas y asignadas de mi perfil y conforme al lineamiento 13.2. Evidencia: Se entregaron soportes de las actividades programadas y asignadas a mi perfil, conforme al lineamiento.
14	14. Obligación: Realizar revisión y responder por los formatos de captura, documentos, bases o informes generados como resultado de las acciones o intervenciones realizadas en cumplimiento a los anexos a los lineamientos técnicos del convenio interadministrativo más bienestar en tu hogar. 14.1. Actividad: Esta actividad no fue realizada ya que no viene en el objeto del contrato. 14.2. Evidencia: No aplica
15	15. Obligación: Realizar cargue y entrega de cuenta de cobro en los tiempos establecidos, por la subred integrada de servicios de salud centro oriente, con la calidad requerida. 15.1. Actividad: Realicé el cargué de la cuenta de cobro en los tiempos establecidos por la SUBRED en el aplicativo SIGCO. 15.2. Evidencia: Cargue en aplicativo SIGCO y cargue de la cuenta de cobro en SECOP.
16	16. Obligación: Dar cumplimiento de la política de protección y tratamiento de datos personales y de la política general de seguridad de la información del FFDSSDS y sus símiles en la SISS. 16.1. Actividad: Se dio cumplimiento de la política de protección y tratamiento de datos personales. 16.2. Evidencia: Se firmó acta de confidencialidad
17	17. Obligación: Realizar notificación del trabajo infantil, del trabajo forzoso, de las conductas discriminatorias, del hostigamiento sexual, de la violencia y de la discriminación contra las mujeres. 17.1. Actividad: Esta actividad no fue realizada ya que no viene en el objeto del contrato 17.2. Evidencia: No aplica.
18	18. Obligación: Apropiar las medidas para prevenir, corregir y denunciar el hostigamiento sexual, la violencia y la discriminación contra las mujeres, en sus actividades empresariales y cadena de suministro en el marco de la ejecución del presente convenio. 18.1. Actividad: Esta actividad no fue realizada ya que no viene en el objeto del contrato 18.2. Evidencia: No aplica
19	19. Obligación: 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. 19.1. Actividad: Se cumplió con todas las obligaciones establecidas según el perfil. 19.2. Evidencia: Se entregaron los soportes de las actividades desarrolladas establecidas según mi perfil.

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° 9505476224	OPERADOR:	APORTES EN LINEA

CONCEPTO DEL PAGO	ENTIDAD	FECHA DE PAGO	VALOR PAGADO
SALUD:	NUEVA EPS	2026/06/10	$ 218.900
PENSIÓN:	COLPENSIONES	2026/06/10	$ 280.200
RIESGOS LABORALES:	SEGUROS BOLIVAR	2026/06/10	$ 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 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	*ANAMARIA CRUZ RODRIGUEZ* *PS_3698_2026_BB1CB2* **ANAMARIA CRUZ RODRIGUEZ** **CC: 1032797664**
FIRMA DE QUIEN VALIDA	*LUZ ADRIANA CALDERON RAMIREZ* *PS_3698_2026_BB1CB2* **LUZ ADRIANA CALDERON RAMIREZ** **SUPERVISOR ALTERNO**
FIRMA DE QUIEN CONVALIDA EL CUMPLIMIENTO DE LAS OBLIGACIONES PARA EL PRESENTE PERIODO DE PAGO	*LIDA ESPERANZA MONTENEGRO PARRA* *PS_3698_2026_BB1CB2* **LIDA ESPERANZA MONTENEGRO PARRA** **SUPERVISOR DEL CONTRATO**

aportes en línea

Resumen General de Pago

DATOS GENERALES DEL APORTANTE

Identificación	dv	Razon Social	Clase Aportante	Sucursal Principal	Direccion	Ciudad-Departamento	Teléfono	Exonerado SENA e ICBF
CC 1032797664		ANAMARIA CRUZ RODRIGUEZ	INDEPENDIENTE	Principal	Carrera 12 Este # 42 47 Sur	BOGOTA-BOGOTA D.E.	3209662972	No

DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION

Periodo		Clave		Tipo	Fecha		Pago		
Pensión	Salud	Pago	Planilla	Planilla	Limite	Pago	Banco	Dias Mora	Valor
2026-05	2026-05	378697776	9505476224	I	2026/06/17	2026/06/10	BANCO CAJA SOCIAL	0	$541,800

LIQUIDACION DETALLADA DE APORTES

EMPLEADO			PENSION				SALUD				CCF				RIESGOS				PARAFISCALES		
No.	Identificación	Nombres	Codigo	Días	IBC	Aporte	Codigo	Días	IBC	Aporte	Codigo	Días	IBC	Aporte	Codigo	Días	IBC	Aporte	Días	IBC	Aporte
Sucursal: Principal (1 Afiliados)					$1,750,905	$280,200			$1,750,905	$218,900			$0	$0			$1,750,905	$42,700		$0	$0
Centro de Trabajo: Principal (1 Afiliados)					$1,750,905	$280,200			$1,750,905	$218,900			$0	$0			$1,750,905	$42,700		$0	$0
Ciudad: BOGOTA Depto: BOGOTA D.E. (1 Afiliados)					$1,750,905	$280,200			$1,750,905	$218,900			$0	$0			$1,750,905	$42,700		$0	$0
1	CC	1032797664 CRUZ ANAMARIA	25-14	30	$1,750,905	$280,200	EPS037	30	$1,750,905	$218,900		0	$0	$0	14-7	30	$1,750,905	$42,700	0	$0	$0
Total	**Afiliados(1)**				$1,750,905	$280,200			$1,750,905	$218,900			$0	$0			$1,750,905	$42,700		$0	$0

Resumen General de Pago

DATOS GENERALES DEL APORTANTE

Identificación	dv	Razon Social	Clase Aportante	Sucursal Principal	Direccion	Ciudad-Departamento	Teléfono	Exonerado SENA e ICBF
CC 1032797664		ANAMARIA CRUZ RODRIGUEZ	INDEPENDIENTE	Principal	Carrera 12 Este # 42 47 Sur	BOGOTA-BOGOTA D.E.	3209662972	No

DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION

Periodo		Clave		Tipo	Fecha		Pago		
Pensión	Salud	Pago	Planilla	Planilla	Limite	Pago	Banco	Dias Mora	Valor
2026-05	2026-05	378697776	9505476224	I	2026/06/17	2026/06/10	BANCO CAJA SOCIAL	0	$541,800

RESUMEN DE PAGO

RIESGO	CODIGO	NIT	DV	AFILIADOS	VALOR LIQUIDADO	INTERESES MORA	SALDOS E INCAPACIDADES	VALOR A PAGAR
AFP (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$280,200	$0	$0	$280,200
COLPENSIONES	25-14	900,336,004	7	1	$280,200	$0	$0	$280,200
ARL (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$42,700	$0	$0	$42,700
SEGUROS BOLIVAR	14-7	860,002,503	2	1	$42,700	$0	$0	$42,700
EPS (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$218,900	$0	$0	$218,900
NUEVA E.P.S.	EPS037	900,156,264	2	1	$218,900	$0	$0	$218,900
TOTAL				1	$541,800	$0	$0	$541,800

¡Hola, ANAMARIA CRUZ RODRÍGUEZ!

Estado de la Transacción: Aprobada

Los siguientes son los datos de tu transacción:

Valor: $ 541.800,00

Empresa: APORTES EN LINEA

Descripción: Pago de la Planilla de aportes con clave: 9505476224

Fecha de la transacción: 10/06/2026

CUS: 378697776

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

Datos guardados

Cancelar

< Evaluación del comprador >

VER CONTRATO

Ejecución del Contrato

Porcentaje Recepción de artículos

Plan de Pagos

¿Se requieren emisiones de códigos de autorización? Si 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

Crear

Documentos de ejecución del contrato

	Descripción	Nombre del archivo	Cargado por		
	PLANILLAS MARZO 2026.pdf (Archivado)	PLANILLAS MARZO 2026.pdf	Proveedor	Descargar	Detalle
☐	COMUNICACION SUPERVISOR PS 3698 2026 8-5-26.pdf	COMUNICACION SUPERVISOR PS 3698 2026 8-5-26.pdf	Comprador	Descargar	Detalle
	PS 3698 2025 CUENTA DE COBRO ABRIL 2026.pdf (Archivado)	PS 3698 2025 CUENTA DE COBRO ABRIL 2026.pdf	Proveedor	Descargar	Detalle
☐	PS 3698 2026 CUENTA DE COBRO ABRIL 2026.pdf	PS 3698 2026 CUENTA DE COBRO ABRIL 2026.pdf	Proveedor	Descargar	Detalle
☐	PS 3698 2026 CUENTA DE COBRO MAYO 2026.pdf	PS 3698 2026 CUENTA DE COBRO MAYO 2026.pdf	Proveedor	Descargar	Detalle

Eliminar seleccionados | Cargar nuevo

Cancelar

< Evaluación del comprador >