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: (31-07-2026)					
NOMBRES Y APELLIDOS:	**JEANNETH ACOSTA LOPEZ**			**CC:**	**52293748**
CORREO ELECTRÓNICO:	**j53333446@gmail.com**			**TELÉFONO:**	**3014364604**
DIRECCIÓN DOMICILIO:	**CALLE 76B SUR 14 32**			**CIUDAD:**	**BOGOTA**
BANCO AL CUAL CONSIGNAR:	**BBVA COLOMBIA**	**TIPO DE CUENTA:**	**AHORROS**	**N° CUENTA:**	**0552219420**
DATOS DEL CONTRATO O ADICION Y PERIODO OBJETO DE PAGO					
Nº DEL CONTRATO:	**PS 4346 2026**	**VALOR CORRESPONDIENTE AL PERIODO OBJETO DE COBRO**			**$ 2.980.800**
FECHA DE INICIO CONTRATO	**2026/06/17**	**FECHA DE TERMINACIÓN CONTRATO:**			**2026/07/31**
PERIODO OBJETO DE COBRO:	**DEL 2026/07/01 AL 2026/07/31**				

JEANNETH ACOSTA LOPEZ
PS_4346_2026_09B221

NOMBRE Y FIRMA DEL CONTRATISTA:
JEANNETH ACOSTA LOPEZ
CC: 52293748
CEL: 3014364604

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			
JEANNETH ACOSTA LOPEZ			
	CON C.C N°	**52.293.748**	
OBJETO DEL CONTRATO:	PRESTAR SERVICIOS DE APOYO A LA GESTION COMO GESTOR TECNICO MAS BIENESTAR 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 4346 2026**	**FECHA INICIO CONTRATO**	**2026/06/17**
VALOR INICIAL DEL CONTRATO	$ 4.371.840	**No. HORAS EJECUTADAS**	**184**
VALOR TOTAL DEL CONTRATO INCLUIDO ADICIONES:	$ 4.371.840	**VALOR DE HONORARIOS PERÍODO A CERTIFICAR:**	$ 2.980.800
PLAZO DEL CONTRATO INCLUYENDO PRORROGAS	UN (01) MES Y CATORCE (14) 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.OBLIGACION: ORIENTAR A LOS USUARIOS DERIVADOS DESDE LA LÍNEA 137 SOBRE LA RUTA DE ATENCIÓN CORRESPONDIENTE, DE ACUERDO CON SU NECESIDAD EN SALUD Y EL NIVEL DE PRIORIDAD IDENTIFICADO. 1.1 ACTIVIDAD: ORIENTE Y REALICE ACOMPAÑAMIENTO A LOS USUARIOS DE TRIAGE IV Y V DIRECCIONADOS POR EL JEFE DE TRIAGE EN URGENCIAS ADULTO SOBRE LA RUTA DE ATENCION DE LA LINEA 137. 1.2 EVIDENCIA: REGISTRE INFORMACION EN EL APLICATIVO GTAPS Y REALICE EL ACTA CORRESPONDIENTE A LAS ACCIONES DESARROLLADAS DURANTE EL TURNO.
2	2. OBLIGACION: EDUCAR AL CIUDADANO SOBRE EL USO ADECUADO DE LOS SERVICIOS DE URGENCIAS, CONSULTA PRIORITARIA, CONSULTA EXTERNA Y CANALES DE ORIENTACIÓN DISPONIBLES. 2.1 ACTIVIDAD: EDUQUE AL CIUDADANO EN LA IMPORTACIA DE CONOCER EL ADECUADO USO DE LOS SERVICIOS DE URGENCIAS, CONSULTA PRIORITARIA, CONSULTA EXTERNA Y CANALES DE ORIENTACIÓN DISPONIBLES. 2.2 EVIDENCIA: EXPLIQUE AL CIUDADANO LAS CLASES DE RIESGO EL CLINICO (TRIAGE) Y REPORTE LAS ACCIONES INFORMATIVAS REALIZADAS DIARIAMENTE POR MEDIO DE ACTAS
3	3. OBLIGACION: VERIFICAR CON LA IPS LA ASIGNACIÓN Y ATENCIÓN EFECTIVA DEL USUARIO, CONFIRMANDO OPORTUNIDAD, MODALIDAD DE ATENCIÓN, LUGAR, FECHA Y HORA DE LA C ITA O SERVICIO ASIGNADO. 3.1 ACTIVIDAD: REALIZO ACOMPAÑAMIENTO EN LA ASIGNACION DE SU CITA MEDICA. 3.2 EVIDENCIA: VERIFIQUE CON LA LINEA 137 LA CITA ASIGNADA LUGAR HORA Y FECHA Y REALICE ACTA CORRESPONDIENTE.
4	4. OBLIGACION: VERIFICAR LA OCUPACIÓN DE LOS SERVICIOS DE URGENCIAS Y PROMOVER LA PUBLICIDAD INSTITUCIONAL DE LA LÍNEA 137 EN LAS IPS, ASEGURANDO QUE LA INFORMACIÓN SEA VISIBLE, CLARA Y ACTUALIZADA; ASÍ MISMO, NOTIFICAR LAS NOVEDADES RELACIONADAS CON AGENDAMIENTOS LEJANOS O FALTA DE OPORTUNIDAD EN LA ATENCIÓN POR PARTE DE LA EAPB. 4.1 ACTIVIDAD: VERIFICO CON EL JEFE DE TRIAGE LOS CIUDADANOS ENVIADOS PARA LA LINEA 137 DIVULGACION DE LA LINEA 137, REPORTE DE BARRERAS DE ACCESO DE LA EAPB Y OBSERVO QUE EL PENDON DE LA PUBLICIDAD DE LA LINEA 137 SEA VISIBLE. 4.2 EVIDENCIA: NOTIFICO LAS ALERTAS INSTITUCIONALES GENERADAS POR AGENDAMIENTOS LEJANOS AL TERMINAR EL TURNO EL NUMERO DE CUIDADANOS ATENDIDOS CON TRIAGE IV Y V CITAS ASIGNADAS Y PENDIENTES.
5	5. OBLIGACION: CUMPLIR CON LOS PROTOCOLOS INSTITUCIONALES DE REFERENCIA Y CONTRAREFERENCIA. 5.1 ACTIVIDAD: APLIQUE DE LOS PROTOCOLOS INSTITUCIONALES VIGENTES PARA LOS PROCESOS DE REFERNCIA Y CONTRAREFERENCIA. 5.2 EVIDENCIA: ENTREGUE SOPORTES DOCUMENTALES DE LA GESTION DE TRASLADO EN LAS ACTAS.
6	6. OBLIGACION: MANTENER TRATO HUMANIZADO, RESPETUOSO Y DIGNO HACIA EL PACIENTE Y SUS ACOMPAÑANTES DURANTE TODO EL PROCESO. 6.1 ACTIVIDAD: REALIZO UN TRATO HUMANIZADO Y RESPETUOSO CON EL CIUDADANO Y SU ACOMPAÑANTE EN LA GESTION DE SU CITA MEDICA. 6.2 EVIDENCIA: ME COMUNICO CON EL CIUDADANO DE FORMA RESPETUOSA DURANTE TODO EL PROCESO.
7	7. OBLIGACION: Y LAS DEMÁS ACTIVIDADES TÉCNICAS Y ADMINISTRATIVAS QUE LE SEAN ASIGNADAS, RELACIONADAS CON LA NATURALEZA DEL OBJETO CONTRACTUAL Y EL CUMPLIMIENTO DE LOS OBJETIVOS DE LA DIRECCIÓN DE GESTIÓN DEL RIESGO. 7.1 ACTIVIDAD: DESARROLLE MIS ACTIVIDADES ASIGNADAS POR MI LIDER. 7.2 EVIDENCIA: REALICE DIARIAMENTE EL INGRESO SALIDA DIARIA DEL HOSPITAL ASIGNADO POR MEDIO DE WHATSAPP, INFORME DIARIO A GOOGLE FORMS Y ACTAS INFORMATIVAS.

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 (2026-07-01) AL (2026-07-31)

IV. INFORMACIÓN DE APORTES A SEGURIDAD SOCIAL

No. DE PLANILLA:	N° 1081688052 - 1083562219	OPERADOR:	SIMPLE

CONCEPTO DEL PAGO	ENTIDAD	FECHA DE PAGO	VALOR PAGADO
SALUD:	FAMISANAR	2026/06/03	$ 218.900
PENSIÓN:	COLPENSIONES	2026/06/03	$ 280.200
RIESGOS LABORALES:	SEGUROS BOLIVAR	2026/06/03	$ 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	*JEANNETH ACOSTA LOPEZ* *PS_4346_2026_09B221* **JEANNETH ACOSTA LOPEZ** **CC: 52293748**
FIRMA DE QUIEN VALIDA	*LUZ ADRIANA CALDERON RAMIREZ* *PS_4346_2026_09B221* **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_4346_2026_09B221* **LIDA ESPERANZA MONTENEGRO PARRA** **SUPERVISOR DEL CONTRATO**

PAGOSIMPLE | AUTOLIQUIDACION CONSOLIDADA

Fecha creación reporte: 2026-07-31, 09:43:34 AM | Tipo Planilla: I: PLANILLA INDEPENDIENTES | Número Planilla: 1081688052

Periodo Cotización: junio de 2026 | Periodo Servicio: junio de 2026 | Referencia pago 8824017008

PAGADA 03/06/2026

I. DATOS DEL APORTANTE

Razón Social	JEANNETH ACOSTA LOPEZ		
Documento	CC52293748	Dirección	CALLE76 BIS N 0 20 INT 2
Tipo de Empresa	INDEPENDIENTE	Teléfono	3014364604
Tipo Persona	NATURAL	Forma	ÚNICO
Ciudad	BOGOTA D.C.	Departamento	BOGOTA D.C.
Representante Legal		Identificación	
Total Afiliados	1	ARP	NINGUNA ARP

II. DETALLE DEL APORTANTE

Datos 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 AFP	Días EPS	Días	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 52293748	JEANNETH ACOSTA LOPEZ	3	0																	0	30	30	0	0	(25-14) COLPENSIONES	$1,750,905	$280,200	(EPS017) FAMISANAR EPS	$1,750,905	$218,900	0.000	$0	$0	(NIN-CC) NINGUNA CCF	$0	$0	$0	$0	$0	$0	$499,100

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
$1,750,905	$1,750,905	$0	$0	$280,200	$218,900	$0	$0	$0	$0	$0	$0	$0	$0	$499,100	$0	$499,100

Líneas de Servicio FonoSIMPLE: Bogotá 4446634 - Cali: 554 0515 - Medellín: 514 66 69 - Bucaramanga: 643 80 00 - Cartagena: 694 54 44 - Pereira: 340 25 82 - Barranquilla: 361 88 50 - 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.

Los siguientes son los datos de tu transacción:



Valor: $ 499.100,00
Empresa: SISTEMA INTEGRADO MULTIPLE DE PAGOS ELECTRONICOS S
Descripción: Pago PSE. Ref:8824017008-202606-1836959. idTrans:1836959
Fecha de la transacción: 03/06/2026
CUS: 361881214

Gracias por utilizar nuestro servicio.

Ten encuenta estos tips de seguridad:

- Usa dispositivos personales o de confianza para realizar tus pagos.

PAGOSIMPLE | AUTOLIQUIDACION CONSOLIDADA

Fecha creación reporte:	2026-07-31, 09:43:34 AM	Tipo Planilla:	N: PLANILLA CORRECCIONES			Número Planilla:	1083562219
Nro Planilla	1081688052	Periodo Cotización:	junio de 2026	Periodo Servicio:	junio de 2026	Referencia pago	8824243966

PAGADA 10/07/2026

I. DATOS DEL APORTANTE

Razón Social	JEANNETH ACOSTA LOPEZ		
Documento	CC52293748	Dirección	CALLE76 BIS N 0 20 INT 2
Tipo de Empresa	INDEPENDIENTE	Teléfono	3014364604
Tipo Persona	NATURAL	Forma	ÚNICO
Ciudad	BOGOTA D.C.	Departamento	BOGOTA D.C.
Representante Legal		Identificación	
Total Afiliados	1	ARP	SEGUROS BOLIVAR

II. DETALLE DEL APORTANTE

Datos 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 AFP	Días EPS	Días	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 52293748	JEANNETH ACOSTA LOPEZ	3	0									A								0	30	30	0	0	(25-14) COLPENSIONES	$1,750,905	$280,200	(EPS017) FAMISANAR EPS	$1,750,905	$218,900	0.000	$0	$0	(NIN-CC) NINGUNA CCF	$0	$0	$0	$0	$0	$0	$499,100
CC 52293748	JEANNETH ACOSTA LOPEZ	59	0	X								C								0	30	30	30	0	(25-14) COLPENSIONES	$1,750,905	$280,200	(EPS017) FAMISANAR EPS	$1,750,905	$218,900	2.436	$1,750,905	$42,700	(NIN-CC) NINGUNA CCF	$0	$0	$0	$0	$0	$0	$541,800

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
$0	$0	$1,750,905	$0	$0	$0	$42,700	$0	$0	$0	$0	$0	$0	$0	$42,700	$0	$42,700

Líneas de Servicio FonoSIMPLE: Bogotá 4446634 - Cali: 554 0515 - Medellín: 514 66 69 - Bucaramanga: 643 80 00 - Cartagena: 694 54 44 - Pereira: 340 25 82 - Barranquilla: 361 88 50 - Resto del País: 018000 971 971 - ¡Más que Fácil, SIMPLE!

Antes de imprimir, asegúrese que sea realmente necesario. Proteger el medio ambiente está en nuestras manos.

¡El Poder de lo SIMPLE!

Finalizar ahora Configuración de respuesta automática

Gmail Buscar en el correo electrónico Actuali...

Redactar

Recibidos 52
Destacados
Pospuestos
Enviados
Borradores 33
Compras 3
Menos
Importantes
Programados
Todos
Spam 3
Papelera
Administrar suscripciones
Administrar etiquetas
Crear etiqueta nueva

Etiquetas

Los siguientes son los datos de tu transacción:



Valor: $ 42.700,00

Empresa: SISTEMA INTEGRADO MULTIPLE DE PAGOS ELECTRONICOS S

Descripción: Pago PSE. Ref:8824243966-202606-1975442. idTrans:1975442

Fecha de la transacción: 10/07/2026

CUS: 469587837

Gracias por utilizar nuestro servicio.

Ten encuenta estos tips de seguridad:

Responder Reenviar

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 la Entidad Estata

VER CONTRATO

Ejecución del contrato

Porcentaje Recepción de artículos

Factura del contrato

¿Se necesita autorización de registro? Si No

ID de pago	Número de factura	Fecha de asunto	Fecha de recepción	Valor total de la factura	Estado

No existen resultados que cumplan con los criterios de búsqueda especificados

C

Documentos de ejecución del contrato

	Descripción	Nombre del archivo	Subido por		
	PS_4346_2026_CUENTA_DE_COBRO.pdf (Archivado)	PS_4346_2026_CUENTA_DE_COBRO.pdf	Proveedor	descargar	Det
☐	PS_4346_2026_CUENTA_DE_COBRO_JUNIO_2026.pdf	PS_4346_2026_CUENTA_DE_COBRO_JUNIO.pdf	Proveedor	descargar	Det

Borrar Cargar nu

Cancelar

< Evaluación de la Entidad Estata