Compensar operador de información certifica que procesó el pago realizado por:

Señor(a): GUERLY ROCIO BELTRAN CRIOLLO
No. Identificación: CC52450141
Dirección: CALLE 26 A SUR 3 12 B 32
Telefono: 3138156033
Correo: gbeltrancriollo@gmail.com
Ciudad: BOGOTÁ, D.C.
Número de Planilla: 8394624034

CITE EL NÚMERO DE PLANILLA PARA CUALQUIER CONSULTA DE PAGO

Nombre Aportante	GUERLY ROCIO BELTRAN CRIOLLO
Tipo y número de identificación	CC52450141
Número de planilla	8394624034
Fecha pago	2026-09-11
Número de autorización pago	93007348
Banco	1023

Número de Empleados	1
Periodo de Cotización Salud	agosto de 2026
Periodo de Cotización Pensión	agosto de 2026
Número de Administradoras	3
Total Pagado	542800
Total Intereses de Mora	1000

PAGADA

CÓDIGO ADMINISTRADORA	NOMBRE	TOTAL PAGADO	NÚMERO DE AFILIADOS
14-7	Cia. de Seguros Bolivar S.A.	42800	1
230301	Porvenir	280700	1
EPSC34	Recaudo SGP Capital Salud	219300	1

8394624034

TIPO DOC.: CC
NO. DOCUMENTO: 52450141
APELLIDOS Y NOMBRES: GUERLY ROCIO BELTRAN CRIOLLO

Cód. EPS	Cód. AFP	IBC SALUD	IBC PENSIÓN	IBC RIESGOS	IBC CAJAS	COTIZACIÓN SALUD	VALOR UPC	COTIZACIÓN PENSIÓN	FONDO SOLIDARIDAD Y SUBSISTENCIA	COTIZACIÓN RIESGOS	APORTE CAJAS
EPSC34	230301	1750905	1750905	1750905	0	218900	0	280200	0	42700	0

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

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: (30-09-2026)					
NOMBRES Y APELLIDOS:	**GUERLY ROCIO BELTRAN CRIOLLO**			**CC:**	**52450141**
CORREO ELECTRÓNICO:	**GBELTRANCRIOLLO@GMAIL.COM**			**TELÉFONO:**	**3138156033**
DIRECCIÓN DOMICILIO:	**CL 37 SUR 72 41**			**CIUDAD:**	**BOGOTA**
BANCO AL CUAL CONSIGNAR:	**BBVA COLOMBIA**	**TIPO DE CUENTA:**	**AHORROS**	**N° CUENTA:**	**552242497**
DATOS DEL CONTRATO O ADICION Y PERIODO OBJETO DE PAGO					
Nº DEL CONTRATO:	**PS 1960 2026**	**VALOR CORRESPONDIENTE AL PERIODO OBJETO DE COBRO**			**$ 2.328.120**
FECHA DE INICIO CONTRATO	**2026/02/03**	**FECHA DE TERMINACIÓN CONTRATO:**			**2026/10/31**
PERIODO OBJETO DE COBRO:	**DEL 2026/09/01 AL 2026/09/30**				

GUERLY ROCIO BELTRAN CRIOLLO
PS_1960_2026_8FB449

NOMBRE Y FIRMA DEL CONTRATISTA:
GUERLY ROCIO BELTRAN CRIOLLO
CC: 52450141
CEL: 3138156033

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			
GUERLY ROCIO BELTRAN CRIOLLO			
	CON C.C N°	**52.450.141**	
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 1960 2026**	**FECHA INICIO CONTRATO**	**2026/02/03**
VALOR INICIAL DEL CONTRATO	$ 9.312.480	**No. HORAS EJECUTADAS**	**0**
VALOR TOTAL DEL CONTRATO INCLUIDO ADICIONES:	$ 20.786.786	**VALOR DE HONORARIOS PERÍODO A CERTIFICAR:**	$ 2.328.120
PLAZO DEL CONTRATO INCLUYENDO PRORROGAS	NUEVE (9) MESES		
UNIDAD FUNCIONAL DE EJECUCIÓN DE ACTIVIDADES:	CENTRO DE SALUD SAMPER MENDOZA		
NOMBRE DEL SUPERVISOR:	ZULMA JANNETH LÓPEZ CUBIDES		

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. Desarrollé procesos de educación, orientación y direccionamiento a usuarios, mediante la realización de 44 charlas en sala de espera sobre política institucional, portafolio de servicios, segunda opinión, canales de asignación de citas y derechos y deberes, así como la orientación individual a 480 usuarios durante el periodo reportado. Las actividades las ejecuté conforme a los lineamientos técnicos y administrativos definidos por la Oficina de Participación Comunitaria y Servicio al Ciudadano, dejando registro en los formatos y aplicativos correspondientes
2	2. Gestioné el acceso a los servicios de salud mediante la verificación de un promedio de 684 usuarios en los aplicativos Comprobadores de Derechos, DNP, ADRES y georreferenciador, facilitando su ingreso oportuno a los servicios. Así mismo, brindé orientación a 480 usuarios en temas de aseguramiento, portafolio de servicios y presentación de inconformidades, informando sobre los canales disponibles para la radicación de PQRS (presencial, telefónico y virtual a través del Sistema Distrital de Quejas y Soluciones SDQS), garantizando respuesta clara y oportuna a sus requerimientos.
3	3. Apliqué y registré en los enlaces institucionales establecidos por la Subred Centro Oriente un total de 27 encuestas, distribuidas así: 17 de derechos y deberes a usuarios, 10 a funcionarios , sobre portafolio de servicios,110 de caracterización y 15 de evaluación a funcionarios, dando cumplimiento a los protocolos y metas definidas por la Oficina.
4	4. Realicé 44 sesiones educativas en salas de espera, en cumplimiento del cronograma establecido. Cada sesión la registré oportunamente en el aplicativo Sí Cuéntanos Bogotá como orientación grupal y en los formatos institucionales definidos, conforme a los lineamientos técnicos y administrativos de la Oficina.
5	5. Identifiqué las barreras de acceso de los usuarios y las registré en la plataforma Cuéntanos Bogotá, brindando orientación a 110 usuarios de la Secretaría de Salud. Se destaca que todas las barreras registradas recibieron una solución oportuna, cerrándose el 100% de los casos.
6	6. Realicé 2 talleres pedagógicos mensuales, en cumplimiento del cronograma establecido y conforme a la metodología definida en los manuales y protocolos institucionales vigentes, dejando los respectivos soportes de ejecución
7	7. Consolidé y entregué mensualmente los soportes de la gestión realizada, correspondientes a 44 charlas, 27 encuestas y 110 caracterizaciones, debidamente diligenciados y con la información registrada en los enlaces institucionales establecidos, conforme a los lineamientos técnicos y administrativos definidos por la Oficina
8	8. Apoyé la consulta en el sistema Dinámica Gerencial para la asignación de citas médicas a 684 usuarios, verificando y actualizando datos cuando fue requerido. Durante el proceso, tuve en cuenta el lugar de residencia de cada usuario, con el fin de facilitar su acceso a los diferentes centros de salud y hospitales de la Subred Centro Oriente.
9	9. Apoyé la implementación de estrategias de promoción de derechos y deberes, brindando orientación y capacitación a 312 usuarios en la Unidad, incluyendo la socialización de los canales de interacción y escucha institucional. Durante las jornadas informé sobre el rol y funciones del Defensor del Usuario de la Subred Centro Oriente, así como la disponibilidad del área de Atención al Usuario para la orientación, direccionamiento y gestión de dificultades, conforme a los lineamientos institucionales.
10	10. Garanticé la reserva, confidencialidad y adecuada protección de los datos personales de los usuarios durante la gestión y registro de la información en los diferentes aplicativos institucionales, incluido el sistema Dinámica para la asignación de 60 citas, dando cumplimiento a la normatividad vigente y a los protocolos internos de la Subred.
11	11. Participé en los espacios convocados por la Oficina de Participación Comunitaria y Servicio al Ciudadano, incluyendo la reunión mensual de fortalecimiento realizada el 23 de septiembre a las 2:00 p.m. en el Hospital Santa Clara, así como la reunión mensual de seguimiento de Servicio al Ciudadano, dando cumplimiento a las directrices institucionales

12	12. Brindé apoyo en los diferentes subprocesos de la Oficina de Participación Comunitaria y Servicio al Ciudadano, ejecutando las actividades requeridas conforme a las necesidades del servicio y en concordancia con el objeto contractual.
13	13. Di cumplimiento oportuno a las obligaciones contractuales asignadas, desarrollando las actividades dentro de los tiempos establecidos y realizando el respectivo registro en los aplicativos institucionales, conforme a las necesidades del servicio en los centros de salud y hospitales de la Subred.
14	14. Porté de manera visible los elementos de identificación institucional (carné y chaqueta) suministrados por la Subred Integrada de Servicios de Salud Centro Oriente E.S.E., manteniendo adecuada presentación personal, conforme a los manuales y lineamientos institucionales vigentes.
15	15. Di cumplimiento a las demás obligaciones derivadas directamente del objeto contractual, ejecutando las actividades requeridas conforme a las necesidades del servicio y a lo establecido en el Formato de Necesidad de Personal que hace parte integral del 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 (2026-09-01) AL (2026-09-30)

IV. INFORMACIÓN DE APORTES A SEGURIDAD SOCIAL

No. DE PLANILLA:	N° 8394624034	OPERADOR:	MI PLANILLA

CONCEPTO DEL PAGO	ENTIDAD	FECHA DE PAGO	VALOR PAGADO
SALUD:	CAPITAL SALUD	2026/09/11	$ 219.300
PENSIÓN:	PORVENIR	2026/09/11	$ 280.700
RIESGOS LABORALES:	SEGUROS BOLIVAR	2026/09/11	$ 42.800
OTRO			
TOTAL PAGADO			$ 542.800

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	*GUERLY ROCIO BELTRAN CRIOLLO* *PS_1960_2026_8FB449* **GUERLY ROCIO BELTRAN CRIOLLO** **CC: 52450141**
FIRMA DE QUIEN VALIDA	*MARÍA CAROLINA PINILLA JIMÉNEZ* *PS_1960_2026_8FB449* **MARÍA CAROLINA PINILLA JIMÉNEZ** **SUPERVISOR ALTERNO**

FIRMA DE QUIEN CONVALIDA EL CUMPLIMIENTO DE LAS OBLIGACIONES PARA EL PRESENTE PERIODO DE PAGO	*ZULMA JANNETH LÓPEZ CUBIDES* *PS_1960_2026_8FB449* **ZULMA JANNETH LÓPEZ CUBIDES** **SUPERVISOR DEL CONTRATO**