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:	**BERTA LUCIA SANCHEZ MEDINA**			**CC:**	**65748525**
CORREO ELECTRÓNICO:	**BERTALUCIASANCHEZ@GMAIL.COM**			**TELÉFONO:**	**3128733302**
DIRECCIÓN DOMICILIO:	**CL 35A 34 03**			**CIUDAD:**	**BOGOTA**
BANCO AL CUAL CONSIGNAR:	**BANCO DE BOGOTA**	**TIPO DE CUENTA:**	**AHORROS**	**N° CUENTA:**	**102614690**
DATOS DEL CONTRATO O ADICION Y PERIODO OBJETO DE PAGO					
Nº DEL CONTRATO:	**PS 1985 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**				

BERTA LUCIA SANCHEZ MEDINA
PS_1985_2026_372585

NOMBRE Y FIRMA DEL CONTRATISTA:
BERTA LUCIA SANCHEZ MEDINA
CC: 65748525
CEL: 3128733302

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			
BERTA LUCIA SANCHEZ MEDINA			
	CON C.C N°	**65.748.525**	
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 1985 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:	HOSPITAL SANTA CLARA		
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	EN EL PROCESO DE ASIGNACIÓN DE CITAS DEL MES DE SEPTIEMBRE 2026, SE REALIZÓ LA VERIFICACIÓN DE LOS USUARIOS EN LA BASE DE DATOS CORRESPONDIENTE, GARANTIZANDO LA VALIACIÓN DE DERECHOS Y LA ADECUADA PRESTACIÓN DEL SERVICIO DE SALUD. 2 DURANTE EL MES DE SEPTIEMBRE DE 2026, SE REALIZÓ LA GESTIÓN Y ACTUALIZACIÓN DE BASES DE DATOS CORRESPONDIENTES A LAS EPS SANITAS, COOSALUD,FAMISANAR Y CAPITAL SALUD, ASÍ COMO EL REGISTRO Y SEGUIMIENTO DE CITAS ASIGNADAS A TRAVÉS DE LOS DIFERENTES DRIVES DE LAS IAPB. ASI MISMO, SE BRINDÓ APOYO EN LA GESTIÓN DE QUEJAS, APERTURA DE HISTORIAS , ACTUALIZACIÓN DATOS Y VALIDACIÓN DE COMPROBADORES SEGÚN CADA CASO ASIGNADO. DENTRO DE LAS ACTIVIDADES DESARROLLADAS TAMBIÉN LA ASIGNACIÓN DE CITAS, CONTACTO TELEFÓNICO CON LOS USUARIOS PARA INFORMAR LA PROGRAMACIÓN DE LAS MISMAS, SUBIR ALA PLATAFORMA DE SI CUENTANOS 100 REGISTROS MENSUALES DE USUARIOS, APOYO EN REEMPLAZO DE COMPAÑEROS Y ACOMPAÑAMIENTO EN LA CAPACITACIÓN DE USUARIOS . 3 REPARTO FICHAS EN LA MAÑANA 5.30 AM A LOS USUARIOS DE LA SIGUIENTE MANERA, PARA EVITAR AGLOMERACIONES DE USUARIOS EN LOS SERVICIOS : A. DOY FICHAS LABORATORIOS 3 PISO, 30 TURNOS .B. DOY FICHAS GESTANTES Y MEDICINA GENERAL 2 PISO, 30 TURNOS. C.DOY FICHAS ALTERNATIVAS,2 PISO, 16 TURNOS. D. DOY FICHAS MODULO AZUL 80 TURNOS, 1PISO. E. DOY FICHAS CRÓNICOS, 1 PISO,30 TURNOS. ENVIAMOS AL CALL CENTER, CITAS DE ESPECIALISTAS ,RAYOS X, ECOGRAFÍAS, Y MAS, ETC. REPÁRTO TURNOS DE FARMACIA. 120 . 5 SE REALIZÓ EL REGISTRO PERMANENTE DE LAS ATENCIONES INDIVIDUALES 600 MENSUALES Y DE LAS BARRERAS DE ACCESO IDENTIFICADAS DURANTE LA GESTIÓN DIARIA, CON EL FIN DE EVALUAR LAS DIFICULTADES DE ACCESIBILIDAD DE LOS USUARIOS A LOS SERVICIOS DE SALUD. A LA FECHA, SE CUENTA CON UN CARGUE TOTAL DE 600 CITAS REGISTRADAS EN LA BASE DE DATOS, ASÍ COMO 300 REGISTROS ADICIONALES CORRESPONDIENTES A SEGUIMIENTO Y CONSOLIDACIÓN DE INFORMACIÓN. 6 PARTICIPÉ EN EL CURSO DENOMINADO SERVICIO A LA CIUDADANÍA, ESTABLECIDO POR LA OFICINA DE PARTICIPACIÓN COMUNITARIA Y SERVICIO AL CIUDADANO EL DIA JUEVES 17 DE SEPTIEMBRE 2026, . PARTICIPE EN LA BRIGADA GESTIÓN DEL RIESGO DE EMERGENCIA , ACTIVIDAD ORIGINADA POR LA OFICINA DE TALENTO HUMANO . 8 REALICÉ LA ENTREGA OPORTUNA DE LA PRODUCTIVIDAD MENSUAL, ADJUNTANDO LOS SOPORTES FÍSICOS CORRESPONDIENTES A LAS GESTIONES DESARROLLADAS, DURANTE EL MES SEPTIEMBRE 2026, PARTICIPE , CONFORME A LOS LINEAMIENTOS ESTABLECIDOS POR LA OFICINA DE PARTICIPACIÓN COMUNITARIA Y SERVICIO AL CIUDADANO. 9 DE ACUERDO CON LAS SOLICITUDES REALIZADAS POR LA REFERENTE DE SERVICIOS AL CIUDADANO, BRINDÉ APOYO EN LA VERIFICACIÓN Y SEGUIMIENTO DE LAS RESPUESTAS A LAS PQRS, ASÍ COMO EN LA CITAS MÉDICAS DERIVADAS DE REQUERIMIENTOS DE ENTES DE CONTROL. DURANTE EL MES DE SEPTIEMBRE DE 2026 EL SERVICIO DE ORIENTACIÓN AL USUARIO 10 III. VERIFICACION DE ACTIVIDADES DESARROLLADAS. 11. APOYE LOS SUBPROCESOS TENIENDO EN CUENTAS LAS NECESIDADES PROPIAS DE LA OFICINA DE PARTICIPACIÓN COMUNITARIA Y SERVICIO AL CIUDADANO. 12. GARANTICE LA RESERVA Y LA CONFIDENCIALIDAD DE DATOS E INFORMACIÓN DE LOS DIFERENTES APLICATIVOS INSTITUCIONALES . 13.CUMPLI CON LAS OBLIGACIONES Y ACTIVIDADES DE ACUERDO CON LA DEMANDA Y TIEMPOS REQUERIDOS SEGUN LAS NECESIDADES DEL SERVICIO EN LOS CENTROS DE SALUD Y HOSPITALES QUE CONFORMAN LA SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E. 14 PORTE VISIBLEMENTE LOS ELEMENTOS INSTITUCIONALES (CARNET/ CHAQUETA) MANTENIENDO UNA ADECUADA PRESENTACION PERSONAL. 15 LAS DEMAS OBLIGACIONES QUE SEAN ASIGNADAS EN LA REALIZACION DEL OBJETO CONTRACTUAL. LABORO UN SÁBADO DE SEPTIEMBRE 2026, PERMISO MES DE SEPTIEMBRE 2026.

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° 8394535796	OPERADOR:	MI PLANILLA

CONCEPTO DEL PAGO	ENTIDAD	FECHA DE PAGO	VALOR PAGADO
SALUD:	COMPENSAR	2026/09/09	$ 218.900
PENSIÓN:	COLPENSIONES	2026/09/09	$ 280.200
RIESGOS LABORALES:	SEGUROS BOLIVAR	2026/09/09	$ 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	*BERTA LUCIA SANCHEZ MEDINA* *PS_1985_2026_372585* **BERTA LUCIA SANCHEZ MEDINA** **CC: 65748525**
FIRMA DE QUIEN VALIDA	*MARÍA CAROLINA PINILLA JIMÉNEZ* *PS_1985_2026_372585* **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** **SUPERVISOR DEL CONTRATO**

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

Señor(a): BERTA LUCIA SANCHEZ MEDINA
No. Identificación: CC65748525
Dirección: CL 35 A SUR NO 34 03
Telefono: 3128733302
Correo: bertaluciasanchezmedina@gmail.com
Ciudad: BOGOTÁ, D.C.
Número de Planilla: 8394535796

CITE EL NÚMERO DE PLANILLA PARA CUALQUIER CONSULTA DE PAGO

Nombre Aportante	BERTA LUCIA SANCHEZ MEDINA	**Número de Empleados**	1
Tipo y número de identificación	CC65748525	**Periodo de Cotización Salud**	agosto de 2026
Número de planilla	8394535796	**Periodo de Cotización Pensión**	agosto de 2026
Fecha pago	2026-09-10	**Número de Administradoras**	4
Número de autorización pago	93007398	**Total Pagado**	578300
Banco	1023	**Total Intereses de Mora**	1400

PAGADA
8394535796

CÓDIGO ADMINISTRADORA	NOMBRE	TOTAL PAGADO	NÚMERO DE AFILIADOS
14-7	Cia. de Seguros Bolivar S.A.	42800	1
25-14	Administradora Colombiana de Pensiones - Colpensiones	280900	1
CCF24	Compensar Caja de Compensacion Fliar	35200	1
EPS008	Compensar EPS	219400	1

TIPO DOC.: CC
NO. DOCUMENTO: 65748525
APELLIDOS Y NOMBRES: BERTA LUCIA SANCHEZ MEDINA

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
EPS008	25-14	1750905	1750905	1750905	1750905	218900	0	280200	0	42700	35100

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