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:	**ALEIDA MARIBEL GOMEZ ESPINOSA**			**CC:**	**52901083**
CORREO ELECTRÓNICO:	**AMGOMEZES@GMAIL.COM**			**TELÉFONO:**	**3118587720**
DIRECCIÓN DOMICILIO:	**DG 3 A 1 B 70 ESTE**			**CIUDAD:**	**BOGOTA**
BANCO AL CUAL CONSIGNAR:	**BBVA COLOMBIA**	**TIPO DE CUENTA:**	**AHORROS**	**N° CUENTA:**	**037108339**
DATOS DEL CONTRATO O ADICION Y PERIODO OBJETO DE PAGO					
Nº DEL CONTRATO:	**PS 1970 2026**	**VALOR CORRESPONDIENTE AL PERIODO OBJETO DE COBRO**			**$ 3.952.360**
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**				

ALEIDA MARIBEL GOMEZ ESPINOSA
PS_1970_2026_1553D7

NOMBRE Y FIRMA DEL CONTRATISTA:
ALEIDA MARIBEL GOMEZ ESPINOSA
CC: 52901083
CEL: 3118587720

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			
ALEIDA MARIBEL GOMEZ ESPINOSA			
	CON C.C N°	**52.901.083**	
OBJETO DEL CONTRATO:	PRESTAR SERVICIOS COMO PROFESIONAL UNIVERSITARIO IV 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 1970 2026**	**FECHA INICIO CONTRATO**	**2026/02/03**
VALOR INICIAL DEL CONTRATO	$ 15.809.440	**No. HORAS EJECUTADAS**	**0**
VALOR TOTAL DEL CONTRATO INCLUIDO ADICIONES:	$ 35.288.929	**VALOR DE HONORARIOS PERÍODO A CERTIFICAR:**	$ 3.952.360
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	SE PARTICIPA EN LA SESIÓN DE PREPARACIÓN DE LA MESA DE RELACIONAMIENTO, EN LA CUAL LA SUBRED CENTRO ORIENTE ES LIDER PARA LOS PROCESOS DE PARTICIPACIÓN Y TRÁMITES.
2	SE HACE SEGUIMIENTO A LOS COLABORADORES CONTRATADOS POR PRESTACIÓN DE SERVICIO QUE INGRESAN A LA OFICINA DE PARTICIPACIÓN COMUNITARIA Y SERVICIO AL CIUDADANO DE LA SIGUIENTE MANERA: PARA EL MES DE SEPTIEMBRE 2026 SE HIZO EL PROCESO DE RADICACIÓN DE REEMPLAZO DE NECESIDADES PARA BACHILLERES (4), COORDINADORA RUTA DE LA SALUD (1), PROFESIONAL PARTICIPACIÓN SOCIAL (1) Y SEGUIMIENTO PARA EL INGRESO EFECTIVO DE TRABAJADOR SOCIAL (1).
3	SE HACE SEGUIMIENTO PARA EL PLAN DE TRANSPARENCIA MAYO AGOSTO 2026
4	SE HACE EL SEGUIMIENTO PARA POBLACIÓN EMBERA Y ENVÍO A SECRETARIA DISTRITAL DE SALUD - CAPACITACIÓN PLAN ANUAL DE ADQUISICIONES 2027
5	PARA EL PERIODO EVALUADO SE INICIA NSTRUCTIVO DE MANEJO DE PQRS DE REDES SOCIALESY AJUSTE DEL LINK DEL MI-SP-FT-030 FORMATO CARACTERIZACIÓN DE LA POBLACION OFICINA DE PARTICIPACION Y SERVICIO AL CIUDADANO, SE HACE SEGUIMIENTO PARA LA ACTUALIZACIÓN DE MANUAL DE SERVICIO Y GESTIÓN SOCIAL Y FAMILIAR
6	SE PARTICIPÓ EN LA MESA OPERATIVA DE GOBIERNO DIGITAL, MESA DE REVISIÓN INCIDE, LENGUAJE CLARO, MIÉRCOLES DE SERVICIO CUIDADORES DE CONFIANZA- NUEVO PROCESO DE CONTRATACIÓN
7	SE REALIZÓ EL CARGUE DE LA INFORMACIÓN CORRESPONDIENTE A LOS INDICADORES DE SATISFACCIÓN, PERCEPCIÓN CIUDADANA DECRETO 256 DEL MES DE SEPTIEMBRE 2026
8	SE PARTICIPA EN LAS SESIONES DE CUIDADORES DE CONFIANZA: RUTA PARA LA POBLACIÓN MIGRANTE ATENCIÓN Y COMUNICACIÓN CLARA Y ACCESIBLE PARA LAS NECESIDADES DE CADA PERSONA
9	SE REALIZAN LAS ACTIVIDADES DE CARÁCTER ADMINISTRATIVO COMO SON: PARA EL MES DE SEPTIEMBRE 2026, SEGUIMIENTO PARA PARTICIPACIÓN EN CIRCUITO DE DESCARGA EMOCIONAL, SEGURIDAD EN EL TRABAJO, ORGANIZACIÓN REUNIÓN FORTALECIMIENTO, FORMATOS NOVEDADES DE TALENTO HUMANO DE PLANTA PROVISIONAL DE LA OFICINA DE PARTICIPACIÓN COMUNITARIA Y SERVICIO AL CIUDADANO.
10	SE HACE ACOMPAÑAMIENTO AL SEGUIMIENTO DE INDICADORES DE CONTAC CENTER Y SEGUIMIENTO OFICINA ASESORA DE CALIDAD SERVICIO AL CIUDADANO PARA SANITAS.
11	SE HACE EL SEGUIMIENTO CORRESPONDIENTE A LOS PLANES DE ACCIÓN Y PLANES DE MEJORA DE LA OFICINA DE PARTICIPACIÓN COMUNITARIA Y SERVICIO AL CIUDADANO DEL MES DE SEPTIEMBRE 2026.
12	EN CUMPLIMIENTO DE LA PRESENTE ACTIVIDAD CONTRACTUAL, SE GARANTIZA LA RESERVA, CONFIDENCIALIDAD, PRIVACIDAD Y PROTECCIÓN DE LOS DATOS PERSONALES Y DE LA INFORMACIÓN PERSONAL DE LA CIUDADANÍA Y COLABORADORES, DANDO ESTRICTO CUMPLIMIENTO A LA NORMATIVIDAD VIGENTE Y A LOS PROTOCOLOS INTERNOS ESTABLECIDOS POR LA SUBRED. ASIMISMO, SE REALIZÓ EL MANEJO ADECUADO DE LA INFORMACIÓN EN CADA UNA DE LAS ACTIVIDADES DESARROLLADAS, SALVAGUARDANDO SU USO ÚNICAMENTE PARA LOS FINES INSTITUCIONALES CORRESPONDIENTES
13	EN EL MES DE SEPTIEMBRE Y POR LAS ACTIVIDADES PROGRAMADAS AL INTERIOR DE LA OFICINA, NO FUE POSIBLE LA ASISTENCIA EN EL MES DE SEPTIEMBRE 2026.
	SE BRINDÓ APOYO A LOS DIFERENTES SUBPROCESOS DE LA OFICINA DE PARTICIPACIÓN COMUNITARIA Y SERVICIO AL CIUDADANO, DE ACUERDO CON LAS NECESIDADES DEL SERVICIO Y EN CONCORDANCIA CON EL OBJETO CONTRACTUAL, CONTRIBUYENDO AL DESARROLLO DE LAS ACTIVIDADES REQUERIDAS Y AL FORTALECIMIENTO DE LA GESTIÓN DEL

14	ÁREA
15	SE DIO CUMPLIMIENTO A LAS OBLIGACIONES ASIGNADAS DENTRO DE LOS TIEMPOS Y CONDICIONES REQUERIDOS, DE ACUERDO CON LAS NECESIDADES DEL SERVICIO EN LOS CENTROS DE SALUD Y HOSPITALES QUE CONFORMAN LA SUBRED, CONFORME AL PERFIL DEFINIDO, CONTRIBUYENDO AL ADECUADO DESARROLLO DE LOS PROCESOS Y AL FORTALECIMIENTO DE LA GESTIÓN INSTITUCIONAL.
16	EN CUMPLIMIENTO DE ESTA ACTIVIDAD CONTRACTUAL, SE PORTARON DE MANERA VISIBLE LOS ELEMENTOS DE IDENTIFICACIÓN INSTITUCIONAL (CARNE Y CHAQUETA) Y SE MANTUVO UNA ADECUADA PRESENTACIÓN PERSONAL, EN CONCORDANCIA CON LOS MANUALES Y LINEAMIENTOS ESTABLECIDOS POR LA SUBRED.
17	SE DIO CUMPLIMIENTO A LAS DEMÁS OBLIGACIONES QUE SE DERIVAN DIRECTAMENTE DEL OBJETO CONTRACTUAL, ASEGURANDO LA CORRECTA EJECUCIÓN DE LAS FUNCIONES ASIGNADAS Y CONTRIBUYENDO AL CUMPLIMIENTO DE LOS OBJETIVOS INSTITUCIONALES.

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° 9510443909	OPERADOR:	APORTES EN LINEA

CONCEPTO DEL PAGO	ENTIDAD	FECHA DE PAGO	VALOR PAGADO
SALUD:	SURA	2026/09/28	$ 225.000
PENSIÓN:	COLPENSIONES	2026/09/28	$ 288.000
RIESGOS LABORALES:	SEGUROS BOLIVAR	2026/09/28	$ 43.900
OTRO			
TOTAL PAGADO			$ 556.900

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	*ALEIDA MARIBEL GOMEZ ESPINOSA* *PS_1970_2026_1553D7* **ALEIDA MARIBEL GOMEZ ESPINOSA** **CC: 52901083**
FIRMA DE QUIEN CONVALIDA EL CUMPLIMIENTO DE LAS OBLIGACIONES PARA EL PRESENTE PERIODO DE PAGO	*ZULMA JANNETH LÓPEZ CUBIDES* *PS_1970_2026_1553D7* **ZULMA JANNETH LÓPEZ CUBIDES** **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 52901083		GOMEZ ESPINOSA ALEIDA MARIBEL	INDEPENDIENTE	PRINCIPAL	DG 3A # 1B - 70 ESTE	BOGOTA-BOGOTA D.E.	2899599	No

DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION

Periodo		Clave		Tipo	Fecha		Pago		
Pensión	Salud	Pago	Planilla	Planilla	Limite	Pago	Banco	Dias Mora	Valor
2026-08	2026-08	1000000004	9510443909	I	2026/09/18	2026/09/28	BANCO DE BOGOTA	10	$597,500

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)					$1,800,000	$288,000			$1,800,000	$225,000			$1,800,000	$36,000			$1,800,000	$43,900		$0	$0
Centro de Trabajo: PRINCIPAL (1 Afiliados)					$1,800,000	$288,000			$1,800,000	$225,000			$1,800,000	$36,000			$1,800,000	$43,900		$0	$0
Ciudad: BOGOTA Depto: BOGOTA D.E. (1 Afiliados)					$1,800,000	$288,000			$1,800,000	$225,000			$1,800,000	$36,000			$1,800,000	$43,900		$0	$0
1	CC 52901083	GOMEZ ALEIDA	25-14	30	$1,800,000	$288,000	EPS010	30	$1,800,000	$225,000	CCF21	30	$1,800,000	$36,000	14-7	30	$1,800,000	$43,900	30	$0	$0
Total Afiliados(1)					$1,800,000	$288,000			$1,800,000	$225,000			$1,800,000	$36,000			$1,800,000	$43,900		$0	$0

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 52901083		GOMEZ ESPINOSA ALEIDA MARIBEL	INDEPENDIENTE	PRINCIPAL	DG 3A # 1B - 70 ESTE	BOGOTA-BOGOTA D.E.	2899599	No

DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION

Periodo		Clave		Tipo	Fecha		Pago		
Pensión	Salud	Pago	Planilla	Planilla	Limite	Pago	Banco	Dias Mora	Valor
2026-08	2026-08	1000000004	9510443909	I	2026/09/18	2026/09/28	BANCO DE BOGOTA	10	$597,500

RESUMEN DE PAGO

RIESGO	CODIGO	NIT	DV	AFILIADOS	VALOR LIQUIDADO	INTERESES MORA	Fondo Solidaridad Pensional	Intereses de Mora Fondo Solidaridad	Fondo Subsistencia	Intereses de Mora Fondo Subsistencia	SALDOS E INCAPACIDADES	VAL
AFP (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$288,000	$2,200					$0	
COLPENSIONES	25-14	900,336,004	7	1	$288,000	$2,200	$0	$0	$0	$0	$0	
ARL (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$43,900	$400					$0	
SEGUROS BOLIVAR	14-7	860,002,503	2	1	$43,900	$400	$0	$0	$0	$0	$0	
CCF (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$36,000	$300					$0	
CAFAM	CCF21	860,013,570	3	1	$36,000	$300	$0	$0	$0	$0	$0	
EPS (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$225,000	$1,700					$0	
EPS SURA (ANTES SUSALUD)	EPS010	800,088,702	2	1	$225,000	$1,700	$0	$0	$0	$0	$0	
TOTAL				1	$592,900	$4,600	$0	$0	$0	$0	$0	

Resumen General de Pago

LOR A PAGAR
$290,200
$290,200
$44,300
$44,300
$36,300
$36,300
$226,700
$226,700
$597,500

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 de la Entidad Estatal >

VER CONTRATO

Ejecución del Contrato

Porcentaje Recepción de artículos

Plan de Pagos

¿Se requieren emisiones de códigos de autorización? Sí 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		
	1 PS 1970 2026 CRP -10365.pdf	1 PS 1970 2026 CRP -10365.pdf	Comprador	Descargar	Detalle
	Contrato PS 1970 2026 Cuenta de cobro febrero 2026.pdf	Contrato PS 1970 2026 Cuenta de cobro febrero 2026.pdf	Proveedor	Descargar	Detalle
	Contrato PS 1970 2026 Cuenta de cobro marzo 2026.pdf	Contrato PS 1970 2026 Cuenta de cobro marzo 2026.pdf	Proveedor	Descargar	Detalle
	Contrato PS 1970 2026 Cuenta de cobro abril 2026.pdf	Contrato PS 1970 2026 Cuenta de cobro abril 2026.pdf	Proveedor	Descargar	Detalle
	Contrato PS 1970 2026 Cuenta de cobro mayo 2026.pdf	Contrato PS 1970 2026 Cuenta de cobro mayo 2026.pdf	Proveedor	Descargar	Detalle
	2 PS 1970 2026 CRP -16159.PDF	2 PS 1970 2026 CRP -16159.PDF	Comprador	Descargar	Detalle
	Contrato PS 1970 2026 Cuenta de cobro junio 2026.pdf	Contrato PS 1970 2026 Cuenta de cobro junio 2026.pdf	Proveedor	Descargar	Detalle
	Contrato PS 1970 2026 Cuenta de cobro julio 2026.pdf	Contrato PS 1970 2026 Cuenta de cobro julio 2026.pdf	Proveedor	Descargar	Detalle
	Contrato PS 1970 2026 Cuenta de cobro agosto 2026.pdf	Contrato PS 1970 2026 Cuenta de cobro agosto 2026.pdf	Proveedor	Descargar	Detalle

Borrar Cargar nuevo

Datos guardados

Cancelar

< Evaluación de la Entidad Estatal >