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:	**IRINA DE JESUS CASTRO GRANADOS**			**CC:**	**32818707**
CORREO ELECTRÓNICO:	**CASTROIRINA58@GMAIL.COM**			**TELÉFONO:**	**3107426291**
DIRECCIÓN DOMICILIO:	**KR 2 ESTE 79 18 SUR**			**CIUDAD:**	**BOGOTA**
BANCO AL CUAL CONSIGNAR:	**BANCO DAVIVIENDA S.A.**	**TIPO DE CUENTA:**	**AHORROS**	**N° CUENTA:**	**488442257298**
DATOS DEL CONTRATO O ADICION Y PERIODO OBJETO DE PAGO					
Nº DEL CONTRATO:	**PS 2735 2026**	**VALOR CORRESPONDIENTE AL PERIODO OBJETO DE COBRO**			**$ 3.065.400**
FECHA DE INICIO CONTRATO	**2026/02/01**	**FECHA DE TERMINACIÓN CONTRATO:**			**2026/10/31**
PERIODO OBJETO DE COBRO:	**DEL 2026/09/01 AL 2026/09/30**				

IRINA DE JESUS CASTRO GRANADOS
PS_2735_2026_7A2A16

NOMBRE Y FIRMA DEL CONTRATISTA:
IRINA DE JESUS CASTRO GRANADOS
CC: 32818707
CEL: 3107426291

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			
IRINA DE JESUS CASTRO GRANADOS			
CON C.C N°	**32.818.707**		
OBJETO DEL CONTRATO:	PRESTAR SERVICIOS COMO AUXILIAR DE ENFERMERIA PARA DESARROLLAR ACTIVIDADES EN LA DIRECCION DE SERVICIOS HOSPITALARIOS-ENFERMERIA DE LA SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E.		
CONTRATO DE PRESTACION DE SERVICIOS PROFESIONALES No.	**PS 2735 2026**	**FECHA INICIO CONTRATO**	**2026/02/01**
VALOR INICIAL DEL CONTRATO	$ 9.746.400	**No. HORAS EJECUTADAS**	**234**
VALOR TOTAL DEL CONTRATO INCLUIDO ADICIONES:	$ 30.300.300	**VALOR DE HONORARIOS PERÍODO A CERTIFICAR:**	$ 3.065.400
PLAZO DEL CONTRATO INCLUYENDO PRORROGAS	NUEVE (9) MESES		
UNIDAD FUNCIONAL DE EJECUCIÓN DE ACTIVIDADES:	CENTRO DE SALUD CHIRCALES		
NOMBRE DEL SUPERVISOR:	DIANA CAROLINA ROJAS RAMIREZ		

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 presto el servicio a conformidad con la asignación de actividades acordadas con el supervisor del contrato Se cumplió las normas institucionales de bioseguridad, vigilancia epidemiológica, gestión ambiental, salud ocupacional y demás políticas institucionales. Se respondió por los inventarios, realizando control, conservación y uso adecuado de los equipos, elementos e insumos, al igual que el cuidado de la infraestructura del servicio y/o área donde se encuentre desarrollando las actividades Porté el carnet institucional de la Subred durante la ejecución de las actividades contractuales. Recibí y entregué el turno dentro del horario establecido verificando que el área este limpia y ordenada. Se apoyó los procesos de recibir, clasificar, preparar, esterilizar, almacenar y distribuir el material verificando la custodia del material estéril en su traslado especifico a los servicios asistenciales. Se conoció, cumplió y tener el entrenamiento necesario en el manejo de equipos de limpieza y esterilización y dispositivos médicos automatizados Se revisó bajo inventario que el instrumental quirúrgico se encuentre completo y demás dispositivos médicos, responder por los elementos que se dañen por mal uso o desconocimiento de su uso en las actividades asignadas Se veló por el cuidado y aprovechamiento de los insumos y EPP del servicio Se respondió por los inventarios, conservación y uso adecuado de los equipos, elementos e insumos y recibir prendas de ropa quirúrgica para la elaboración de paquetes y realizar su registro. Se realizó las tareas de autoclaves de esterilización en cuanto acomodación de la cargas en la cámara, colocación diaria de test Bowie & Dick y el monitoreo del proceso de validación de cada carga y registro en los formatos correspondientes. Se diligenció en forma adecuada cada uno de los formatos establecidos y realizar el registro y lectura a diario de termo hidrometría del servicio. Se dio cumplimiento con lo establecido en las normas y protocolos de la institución en cuanto a el uso del uniforme y elementos de protección dentro de las áreas asignadas Se apoyó el cumplimiento obligatorio de garantía de calidad según el requerimiento de la normatividad vigente, asistir a jornadas de capacitaciones, reuniones y eventos que se presenten en el servicio y contenidas en el formato de necesidad de personal que hace parte integral del presente contrato. Se dio cumplimiento a los procedimientos establecidos por la entidad y apoyar la implementación de los mismos y acciones de mejora para el servicio. Se apoyó actividades relacionadas con el proceso de acreditación y habilitación de la Subred integrada de servicios de salud centro oriente E.S.E. Contenidas en el formato de necesidad de personal que hace parte integral del presente 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° 6031752736	OPERADOR:	SOI

CONCEPTO DEL PAGO	ENTIDAD	FECHA DE PAGO	VALOR PAGADO
SALUD:	SANITAS	2026/09/10	$ 218.900
PENSIÓN:	SIN DATO	2026/09/10	$ 0
RIESGOS LABORALES:	POSITIVA	2026/09/10	$ 42.700
OTRO			
TOTAL PAGADO			$ 261.600

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	*IRINA DE JESUS CASTRO GRANADOS* *PS_2735_2026_7A2A16* **IRINA DE JESUS CASTRO GRANADOS** **CC: 32818707**
FIRMA DE QUIEN CONVALIDA EL CUMPLIMIENTO DE LAS OBLIGACIONES PARA EL PRESENTE PERIODO DE PAGO	*DIANA CAROLINA ROJAS RAMIREZ* *PS_2735_2026_7A2A16* **DIANA CAROLINA ROJAS RAMIREZ** **SUPERVISOR DEL CONTRATO**

PLANILLA INTEGRADA AUTOLIQUIDACIÓN APORTES
COMPROBANTE DE PAGO

Bancolombia

DATOS GENERALES DEL APORTANTE

TIPO IDENTIFICACIÓN:	CÉDULA DE CIUDADANÍA	NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN:	32818707
NOMBRE Ó RAZÓN SOCIAL:			IRINA DE JESUS CASTRO GRANADOS
CIUDAD/MUNICIPIO:	BOGOTA DISTRITO CAPITAL	DEPARTAMENTO:	BOGOTA - DISTRITO CAPITAL
DIRECCIÓN:	CL 50 SUR 5 B SUR 29	TELÉFONO:	1111111
TIPO APORTANTE:	02-INDEPENDIENTE	CLASE APORTANTE:	I-INDEPENDIENTE
TIPO EMPRESA:	PRIVADA	ACTIVIDAD ECONOMICA:	Actividades reguladoras y
FORMA DE PRESENTACIÓN:	ÚNICO		
APORTANTE EXONERADO PAGO APORTES SALUD, SENA E ICBF (REFORMA TRIBUTARIA):			NO

DATOS GENERALES DE LA PLANILLA

NÚMERO PLANILLA:	**6035831010**		TIPO DE PLANILLA:		I-INDEPENDIENTES
PERIODO COTIZACIÓN	MES:	septiembre	PERIODO COTIZACIÓN	MES:	septiembre
OTROS SUBSISTEMAS:	AÑO:	2026	SALUD:	AÑO:	2026
DÍAS DE MORA:		11			
FECHA PAGO (aaaa/mm/dd):		2026/10/13	NÚMERO AUTORIZACIÓN:		729084843

NOVEDADES

ING	RET	TDE	TAE	TDP	TAP	COR	VSP	VST	SLN	COM	IGE	LMA	VAC	AVP	VCT	IRP

LIQUIDACIÓN GENERAL

			TOTALES	
			COTIZANTES	TOTAL PAGADO
SALUD				
		ADMINISTRADORA		
NIT	CÓDIGO	NOMBRE		
8002514406	EPS005	EPS005-SANITAS S.A	1	$ 220.700
		SUBTOTAL:	1	**$ 220.700**
CAJA DE COMPENSACIÓN				
		ADMINISTRADORA		
NIT	CÓDIGO	NOMBRE		
8600669427	CCF24	CCF24-COMPENSAR	1	$ 10.700
		SUBTOTAL:	1	**$ 10.700**
RIESGOS PROFESIONALES				
		ADMINISTRADORA		
NIT	CÓDIGO	NOMBRE		
8600111536	14-23	14-23-POSITIVA COMPAÑIA DE SEGUROS S.A	1	$ 43.100
		SUBTOTAL:	1	**$ 43.100**

VALOR SIN MORA:	**$ 272.200**
VALOR MORA:	**$ 2.300**
TOTAL PAGADO:	**$ 274.500**

Planilla Pagada

547

Bogotá D.C., 15 de julio 2024

4288000003554478

Señora
IRINA DE JESUS CASTRO GRANADOS
CASTROIRINA58@GMAIL.COM

Ref.: Rad. Porvenir. N.A.
Solicitud por pension de garantia minima
CC: 32818707
T.N. N.A.
COR - BEN

Señora IRINA DE JESUS, recibe un cordial saludo:

En esta oportunidad nos complace comunicarle que su solicitud de pensión de vejez ha sido APROBADA, teniendo en cuenta el reconocimiento de la Garantía de Pensión Mínima de Vejez, por parte de la Oficina de Bonos Pensionales del Ministerio de Hacienda y Crédito Público, por haber cumplido la edad de pensión y haber cotizado las semanas mínimas requeridas.

A continuación, detallamos la información que usted debe conocer y los pasos a seguir:

1 .¿Cuál es el valor de la mesada?

Para el año 2024 el valor de la mesada será de $1,300,000, valor que corresponde a un Salario Mínimo Mensual Legal Vigente.

2 . ¿La mesada tiene algún descuento?

Sí, se aplica un descuento del 4% sobre el valor total de la mesada para el pago de salud[1], que en su caso corresponde a la suma de $52,000, es decir que el valor neto que recibirá mensualmente será de $1,248,000.

Este descuento le permite acceder a los servicios en la Entidad Promotora de Salud (EPS) y se debe aplicar independientemente si usted ya es cotizante a salud como empleado o como beneficiario de algún cotizante, dado que el aporte a salud se hace por la totalidad de los ingresos que usted recibe.

1 Descuentos EPS-Entidades Promotoras de Salud a partir del 2024 - artículo 78 de la Ley 2294 de 2023: Para mesadas de un (1) smmlv el descuento de eps será de 4%, para mesadas mayores a 1smmlv y hasta 3 smmlv el descuento de EPS será de 10% y para mesadas superiores a 3 smmlv el descuento será del 12%. Para pensionados con residencia en el exterior e inactivos en la base única de afiliados de eps (BDUA - ADRES), podrán optar por ser exonerados del descuento de salud. Adicionalmente pensionados con residencia en el exterior requieren de acuerdo con el Decreto 019 de 2012, artículo 22. "Acreditación de la fe de vida (Supervivencia) de connacionales fuera del país. En todos los casos, la fe de vida (supervivencia) de los connacionales es fuera del país, se probará ante las entidades que forman parte del Sistema General de Seguridad Social Integral, cada seis (6) meses. Se podrá acreditar mediante documento expedido por parte de la autoridad del lugar sede donde se encuentre el connacional en el que se evidencie la supervivencia. Los trámites de apostillaje se podrán realizar ante el consulado de la respectiva jurisdicción, a través de medios electronicos o correo postal, conforme a lo establecido en el presente Decreto y en el reglamento que expida el Gobierno Nacional."

- **Si desea aportar el 0% adjunte un certificado de semanas cotizadas de la Caja de Compensación donde estuvo afiliado, copia del documento de identidad, copia de esta comunicación y desprendible de pago de la última mesada.**
- **Si desea aportar el 0,6% o 2%, adjunte copia de su documento de identidad, copia de esta comunicación y desprendible de la última mesada.**
- **Si estuvo vinculado por más de 1.250 semanas a las cajas de compensación familiar - CCF usted podrá vincularse de manera inmediata a este sistema y disfrutar de todos los beneficios que una CCF le ofrecen como afiliado pensionado[5].**

¿Qué beneficios tengo por ser Pensionado de Porvenir?

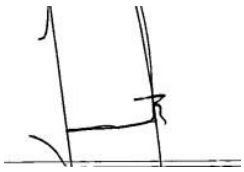
- **Periódicamente lo mantendremos actualizado con toda la información que debe conocer como pensionado a través del Boletín al Pensionado.**
- **Hacer uso de nuestros canales digitales y de autoservicio, lo invitamos a conocer la página de internet www.porvenir.com.co sección pensionados.**
- **El próximo mes enviaremos la oferta de valor para nuestros nuevos pensionados, con todos los servicios y beneficios de ser pensionado de Porvenir.**
- **Nuestros canales de servicio estarán a su disposición como la Línea exclusiva de Servicio al Pensionado y nuestras oficinas a nivel nacional o ingresando a la página web www.porvenir.com.co.**





Agradecemos de antemano la confianza y permanencia que deposita en nosotros como su Administradora de pensiones.[678]

Cordialmente,



LEONARDO REINOSO RENGIFO
Dirección de Pensionados y Pagos
LRR /S.B.P.

5 Vinculación al sistema de CCF de acuerdo con la ley 2225 de 2022

6 No permita que un tramitador le cobre comisiones y parte de su mesada o devolución de saldos en vano, pues en Porvenir No permita que un tramitador le cobre dinero, los trámites en Porvenir no tienen costo. Si tiene denuncias relacionadas con fraudes, cobros o ética de nuestros empleados, denuncie al 601 7434441 Ext. 77777 en Bogotá o ingresando a www.porvenir.com.co/web/acerca-de-porvenir/linea-etica.

7 Recuerde su clave de internet es personal e intransferible no la comparta con nadie y cámbiela mínimo 2 veces al año así protegerá sus datos y transacciones, conozca más información en: https://www.porvenir.com.co/web/seguridad/seguridad-en-internet.

8 Nuestros afiliados cuentan con un Defensor del Consumidor Financiero, Dra. Ana María Giraldo Rincón ubicado en la Carrera 10 N° 97 A - 13 oficina 502 en Bogotá, Teléfono: 601 6108164, Correo electrónico: defensoriaporvenir@legalcrc.com quien dará trámite a su queja de forma objetiva y gratuita, o ingresando a https://www.porvenir.com.co/web/canales-de-servicio/defensor-del-consumidor-financiero.