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:	**ANA LUCIA GONZALEZ CEPEDA**			**CC:**	**51665648**
CORREO ELECTRÓNICO:	**ANALUCIAG181@GMAIL.COM**			**TELÉFONO:**	**3178300197**
DIRECCIÓN DOMICILIO:	**CL 41A SUR 0 33 ESTE**			**CIUDAD:**	**BOGOTA**
BANCO AL CUAL CONSIGNAR:	**SCOTIABANK COLPATRIA SA**	**TIPO DE CUENTA:**	**AHORROS**	**N° CUENTA:**	**004672015614**
DATOS DEL CONTRATO O ADICION Y PERIODO OBJETO DE PAGO					
Nº DEL CONTRATO:	**PS 2724 2026**	**VALOR CORRESPONDIENTE AL PERIODO OBJETO DE COBRO**			**$ 3.196.400**
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**				

ANA LUCIA GONZALEZ CEPEDA
PS_2724_2026_41FD3C

NOMBRE Y FIRMA DEL CONTRATISTA:
ANA LUCIA GONZALEZ CEPEDA
CC: 51665648
CEL: 3178300197

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			
ANA LUCIA GONZALEZ CEPEDA			
CON C.C N°	**51.665.648**		
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 2724 2026**	**FECHA INICIO CONTRATO**	**2026/02/01**
VALOR INICIAL DEL CONTRATO	$ 9.746.400	**No. HORAS EJECUTADAS**	**244**
VALOR TOTAL DEL CONTRATO INCLUIDO ADICIONES:	$ 31.833.000	**VALOR DE HONORARIOS PERÍODO A CERTIFICAR:**	$ 3.196.400
PLAZO DEL CONTRATO INCLUYENDO PRORROGAS	NUEVE (9) MESES		
UNIDAD FUNCIONAL DE EJECUCIÓN DE ACTIVIDADES:	HOSPITAL LA VICTORIA		
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° 1084371485	OPERADOR:	SIMPLE

CONCEPTO DEL PAGO	ENTIDAD	FECHA DE PAGO	VALOR PAGADO
SALUD:	FAMISANAR	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	*ANA LUCIA GONZALEZ CEPEDA* *PS_2724_2026_41FD3C* **ANA LUCIA GONZALEZ CEPEDA** **CC: 51665648**
FIRMA DE QUIEN CONVALIDA EL CUMPLIMIENTO DE LAS OBLIGACIONES PARA EL PRESENTE PERIODO DE PAGO	*DIANA CAROLINA ROJAS RAMIREZ* *PS_2724_2026_41FD3C* **DIANA CAROLINA ROJAS RAMIREZ** **SUPERVISOR DEL CONTRATO**

PAGOSIMPLE | AUTOLIQUIDACION CONSOLIDADA

Fecha creación reporte: 2026-09-10, 10:36:18 AM **Tipo Planilla:** I: PLANILLA INDEPENDIENTES **Numéro Planilla:** 1084371485

Periodo Cotización: agosto de 2026 **Periodo Servicio:** agosto de 2026 **Referencia pago (PIN):** 8822975537

PAGADO 10/09/2026

I. DATOS DEL APORTANTE

Razón Social	ANA LUCIA GONZALEZ CEPEDA		
Documento	CC51665648	**Dirección**	CL 41A SUR #0 - 33 ESTE
Tipo de Empresa	INDEPENDIENTE	**Teléfono**	3178300197
Tipo Persona	NATURAL	**Forma Presentación**	ÚNICO
Ciudad	BOGOTA D.C.	**Departamento**	BOGOTA D.C.
Representante Legal		**Identificación**	
Total Afiliados	1	**ARP**	POSITIVA DE SEGUROS

II. DETALLE DEL APORTANTE

Datos del 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 ARP	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 51665648	ANA LUCIA GONZALEZ CEPEDA	59	04																	0	0	30	30	0	(NIN-AF) NINGUNA AFP	$ 0	$ 0	(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	$ 261.600

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	$ 1.750.905	$ 1.750.905	$ 0	$ 0	$ 218.900	$ 42.700	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 261.600	$ 0	$ 261.600

Líneas de Servicio FonoSIMPLE: Bogotá 601 4446634 - Cali: 602 5540577 - Medellín: 604 5146669 - Bucaramanga: 607 6438000 - Cartagena: 605 6945444 - Pereira: 606 3402582 - Barranquilla: 605 3618850 - 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.

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		
☐	PS 2724 2026 CUENTA DE COBRO FEBRERO 2026.pdf	PS 2724 2026 CUENTA DE COBRO FEBRERO 2026.pdf	Proveedor	Descargar	Detalle
☐	1 PS 2724 2026 CRP -9557.pdf	1 PS 2724 2026 CRP -9557.pdf	Comprador	Descargar	Detalle
☐	PS 2724 2026 CUENTA DE COBRO MARZO 2026.pdf	PS 2724 2026 CUENTA DE COBRO MARZO 2026.pdf	Proveedor	Descargar	Detalle
☐	PS 2724 2026 CUENTA DE COBRO ABRIL 2026.pdf	PS 2724 2026 CUENTA DE COBRO ABRIL 2026.pdf	Proveedor	Descargar	Detalle
☐	PS 2724 2026 CUENTA DE COBRO MAYO 2026.pdf	PS 2724 2026 CUENTA DE COBRO MAYO 2026.pdf	Proveedor	Descargar	Detalle
☐	2 PS 2724 2026 CRP -14751.PDF	2 PS 2724 2026 CRP -14751.PDF	Comprador	Descargar	Detalle
☐	PS 2724 2026 CUENTA DE COBRO JUNIO 2026.pdf	PS 2724 2026 CUENTA DE COBRO JUNIO 2026.pdf	Proveedor	Descargar	Detalle
☐	3 PS 2724 2026 CRP -16809.PDF	3 PS 2724 2026 CRP -16809.PDF	Comprador	Descargar	Detalle
☐	PS 2724 2026 CUENTA DE COBRO JULIO 2026.pdf	PS 2724 2026 CUENTA DE COBRO JULIO 2026.pdf	Proveedor	Descargar	Detalle
☐	PS 2724 2026 CUENTA DE COBRO AGOSTO 2026.pdf	PS 2724 2026 CUENTA DE COBRO AGOSTO 2026.pdf	Proveedor	Descargar	Detalle

Borrar Cargar nuevo

Cancelar

< Evaluación de la Entidad Estatal >

Protección

Bogotá, 03 de marzo de 2021

Señor(a):
ANA LUCIA GONZALEZ CEPEDA
CC 51665648
CL 41 A SUR 0-33 ESTE BRR SAN MARTIN DE LOBA
Telefono 3178300197
BOGOTÁ, D.C., BOGOTÁ, D.C.

En Protección estamos para guiarte en cada paso del camino hacia la materialización de tus metas, por lo que nos complace notificarte el **Reconocimiento de la Pensión de Vejez por Garantía de Pensión Mínima**, solicitada ante nuestra entidad.

De acuerdo con el análisis efectuado para determinar el derecho a la prestación económica, la misma será reconocida a partir de 01-ene-2021.

Bajo la Garantía de Pensión Mínima el detalle de la prestación reconocida es:

Valor Mesada Pensional*	1 salario mínimo mensual legal vigente (SMMLV)	13 mesadas por año
Valor Retroactivo **	$ 908.526,00	Desde 01-ene-2021 Hasta 30-ene-2021

*Del valor de la mesada pensional se descontará:

Descuento para cotización a la EPS (Entidad Promotora de salud	Ver anexo 1

**Del pago retroactivo anteriormente mencionado se realizará el descuento del aporte al Sistema General de Seguridad Social en Salud dando cumplimiento a la Resolución 2388 de 2016 del Ministerio de Salud y Protección Social.

Los beneficiarios que se tuvieron en cuenta para la definición de tu pensión son:

Identificación	Nombres y Apellidos	Parentesco
19410877	OSWALDO RAMIREZ LIZARAZO	CONYUGE

Protección



MARIA CLAUDIA ORDOÑEZ CEBALLOS
Director de Entrega de Servicio
Analizó: MADVANCE

Importante,

De acuerdo con lo establecido en la Ley 1204 de 2008, en caso de su fallecimiento, la pensión le será sustituida, de manera provisional, a quienes ha señalado como sus beneficiarios para el reconocimiento y cálculo de esta pensión, y cuyos nombres y parentescos fueron enunciados en la primera parte de este documento.

Acepto,

Huella

ANA LUCIA GONZALEZ CEPEDA
CC 51665648

Nota:
En caso de cambio y/o retiro de los beneficiarios, deberá informarlo a PROTECCION S.A. a través de comunicación escrita, adjuntando los respectivos documentos que acrediten el ingreso o retiro de beneficiarios. De no hacerlo, la ley 1204 de 2008 establece en favor de la cónyuge supérstite o compañero(a) permanente del anterior reporte, la presunción legal de no haberse separado de él o ella por su culpa.

Debe tener en cuenta que adicional a esta solicitud, los beneficiarios deberán presentar en su oportunidad la solicitud de sustitución definitiva, acompañando el registro civil de defunción y esta constancia de presentación de la solicitud de traspaso provisional de la pensión.