

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: 8390036802

CITE EL NÚMERO DE PLANILLA PARA CUALQUIER CONSULTA DE PAGO

Nombre Aportante	BERTA LUCIA SANCHEZ MEDINA
Tipo y número de identificación	CC65748525
Número de planilla	8390036802
Fecha pago	2025-10-14
Número de autorización pago	25155142
Banco	1023

Número de Empleados	1
Periodo de Cotización Salud	septiembre de 2025
Periodo de Cotización Pensión	septiembre de 2025
Número de Administradoras	4
Total Pagado	471200
Total Intereses de Mora	2200

CÓDIGO ADMINISTRADORA	NOMBRE	TOTAL PAGADO	NÚMERO DE AFILIADOS
14-7	Cia. de Seguros Bolívar S.A.	34900	1
25-14	Administradora Colombiana de Pensiones - Colpensiones	228800	1
CCF24	Compensar Caja de Compensacion Fliar	28700	1
EPS008	Compensar EPS	178800	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	1423500	1423500	1423500	1423500	178000	0	227800	0	34700	28500

Búsqueda

Mis procesos

Menú

Ir a

Buscar...

Escritorio → Menú → Administración de contratos → **Ver contrato**

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

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 5885 2025 CUENTA DE COBRO JULIO.pdf	PS 5885 2025 CUENTA DE COBRO JULIO.pdf	Proveedor	Descargar	Detalle
☐	PS_5885_2025_CUENTA DE COBRO AGOSTO.pdf	PS_5885_2025_CUENTA DE COBRO AGOSTO.pdf	Proveedor	Descargar	Detalle
☐	PS 5885 2025 CUENTA DE COBRO SEPTIEMBRE 2025.pdf	PS 5885 2025 CUENTA DE COBRO SEPTIEMBRE 2025.pdf	Proveedor	Descargar	Detalle
☐	1 PS 5885 2025 CRP-20990.pdf	1 PS 5885 2025 CRP-20990.pdf	Comprador	Descargar	Detalle
			<div>Borrar</div>	<div>Cargar nuevo</div>	

Cancelar

Evaluación de la Entidad Estatal

DATOS DEL CONTRATISTA					
FECHA DE DILIGENCIAMIENTO: (31-10-2025)					
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					
N° DEL CONTRATO:	PS 5885 2025	VALOR CORRESPONDIENTE AL PERIODO OBJETO DE COBRO		\$ 1.900.000	
FECHA DE INICIO CONTRATO	2025/07/04	FECHA DE TERMINACIÓN CONTRATO:		2025/10/31	
PERIODO OBJETO DE COBRO:	DEL 2025/10/01 AL 2025/10/31				
<div><div><div>BERTA LUCIA SANCHEZ MEDINA PS_5885_2025_58E953</div></div><div>NOMBRE Y FIRMA DEL CONTRATISTA: BERTA LUCIA SANCHEZ MEDINA CC: 65748525 CEL: 3128733302</div></div>					

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 DE APOYO A LA GESTION 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 5885 2025

FECHA INICIO CONTRATO

2025/07/04

VALOR INICIAL DEL
CONTRATO

\$

3.673.333

No. HORAS EJECUTADAS

0

VALOR TOTAL DEL
CONTRATO INCLUIDO
ADICIONES:

\$

7.473.333

VALOR DE HONORARIOS
PERÍODO A CERTIFICAR:

\$

1.900.000

PLAZO DEL CONTRATO
INCLUYENDO
PRORROGAS

CUATRO (4) MESES

UNIDAD FUNCIONAL DE EJECUCIÓN DE ACTIVIDADES:

HOSPITAL SANTA CLARA

NOMBRE DEL SUPERVISOR:

SHIRLEY JANNETH TORRES RODRÍGUEZ

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 realiza proceso de orientación e información, verificación de documentos, asignación de citas, y/o direccionamiento del usuario a los demás servicios, priorizando gestantes, mujeres con bebes en brazos, adulto mayor y personas con condición de discapacidad, resaltando que se cuenta con en el módulo verde en donde se realiza la atención preferencial y manejo de casos prioritarios.

2

Se brinda orientación e información a los usuarios sobre la vinculación al sistema de salud, seda orientación al usuario que desea interponer su inconformidad, informándole que se cuenta con diferentes canales para la radicación de su manifestación siendo estos Presenciales (Buzón y Correspondencia), Teléfono, Virtual Sistema Distrital de Quejas y Soluciones SDQS, entre otros, se da respuesta de manera inmediata a la necesidad del usuario

3

Todos los paciente son verificados en Comprobadores de Derechos, DNP y ADRES, georreferenciador para proceder al acceso al servicio.

4

. Se realizan encuestas de derechos y deberes 20 usuarios, a 15 usuarios conocimiento de portafolio de servicios, que brinda la subred centro riente, encuesta a 15 funcionarios de derechos y deberes en el área de consulta externa, CAPACITACION BRIGADISTA RUTAS DE EVACUACION 105 USUARIOS , USUARIO SIDMA 110 Se realizan encuestas de derechos y deberes 20 usuarios, a 15 usuarios conocimiento de portafolio de servicios, que brinda la subred centro riente, encuesta a 15 funcionarios de derechos y deberes en el área de consulta externa, CAPACITACION BRIGADISTA RUTAS DE EVACUACION 105 USUARIOS , USUARIO SIDMA 110

5

Se realiza la divulgación, Educación en sala de temas en según cronograma establecido en la oficina, Decálogo de humanización, política de atención centrada en el usuario, Participación comunitaria, Canales de escucha, Defensor del ciudadano, Formas de participación, Salud a mi barrio, Salud a mi vereda, Rías (Rutas integrales de atención en salud), Canales de comunicación,(Call center Distrital, línea psicoactiva, Línea calma, Línea purpura).Manejo de residuos, Ruta evacuación, Estrategia multimodal- etiqueta de tos. Carta del trato digno, Deberes y Derechos, Dativias, Ruta de salud, Inasistencia a citas médicas, Portafolio de servicios Tramites y Tiempos , Ciclo de servicio- población priorizada Se genera un registro en los formatos establecidos en educación en sala y capacitaciones

6

Se identifica la barrera de acceso a usuarios y se registra en Cuéntanos Bogotá, 100 usuarios en orientación ,de la Secretaria de Salud; resaltando que todas las barreras de acceso registrado se generan una solución oportuna al usuario, por tanto estos casos son cerrados al 100%.

7

Realizar los cursos de capacitación dispuestos por la oficina de servicio al ciudadano
1-ENFOQUE DIFERENCIAL 11 SEP. 2025
2-RIESGO SICOF 15 9 2025

8

. Se brinda orientación e información a todos los usuarios en la Unidad, acerca del defensor del usuario, nombre del defensor de la subred Centro Oriente, sus funciones. De igual manera se les recuerda a los usuarios que se cuenta con el área de atención al Usuario de la Unidad, donde se pueden acercar con cualquiera de los colaboradores, quienes brindaremos orientación y/o direccionamiento a las dificultades que se les presenté en la Unidad o si es el caso se gestiona con la subred.

9

se entregan los registros de la gestión realizada semanal mente de acuerdo a los lineamientos establecidos por la oficina

10

Se verifica y se asignan las citas medicas según oportunidad, se actualizan datos del paciente cuando se requiera

11

. Se realiza orientación al usuario que desea interponer su inconformidad, informándole que se cuenta con diferentes canales para la radicación de su manifestación siendo estos Presenciales (Buzón y Correspondencia), Teléfono, Virtual Sistema Distrital de Quejas y Soluciones SDQS, entre otros, se da respuesta de manera inmediata a la necesidad del usuario. SE REALIZA BASE DE DATOS ABRIR HISTORIAS, ASIGNAR CITAS, LLAMAR AL USUARIO DE OTRAS EAPBS.

12

. Se asiste a los espacios convocados por la oficina de participación comunitaria según días y horarios establecidos BRIGADA MES DE SEPTIEMBRE 2025. 1. 8 DE SEPTIEMBRE 25 ACOMPAÑAMIENTO CHARLA SECRETARIO DE SALUD DR. GERSON BERMONT SALON ATENEO SANTA CLARA NARIÑO. 2. CAPACITACION BRIGADA TALLER SIMULACRO AUDITORIO CLINICA NUESTRA SEÑORA DE LA PAZ

13	. Se orienta al usuario y se asigna la cita según especialidad requerida para las diferentes unidades de la subred.
14	Se garantiza la información manejada de los diferentes aplicativos institucionales
15	Se cumple con las obligaciones de acuerdo con la demanda y tiempos requeridos según 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.
16	Se porta visiblemente los elementos institucionales brindados por la Subred Integrada de Servicios de Salud Centro Oriente E.S.E. cumpliendo según manual
17	Se orienta al usuario y se asigna la cita según especialidad requerida para las diferentes unidades de la subred.

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 (2025-10-01) AL (2025-10-31)

IV. INFORMACIÓN DE APORTES A SEGURIDAD SOCIAL			
No. DE PLANILLA:	N° 8390036802	OPERADOR:	MI PLANILLA
CONCEPTO DEL PAGO	ENTIDAD	FECHA DE PAGO	VALOR PAGADO
SALUD:	COMPENSAR	2025/10/14	\$ 178.800
PENSIÓN:	COLPENSIONES	2025/10/14	\$ 228.800
RIESGOS LABORALES:	SEGUROS BOLIVAR	2025/10/14	\$ 34.900
OTRO			
TOTAL PAGADO			\$ 442.500

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 ningún 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_5885_2025_58E953 BERTA LUCIA SANCHEZ MEDINA CC: 65748525
FIRMA DE QUIEN VALIDA	 MARÍA CAROLINA PINILLA JIMÉNEZ PS_5885_2025_58E953 MARÍA CAROLINA PINILLA JIMÉNEZ SUPERVISOR ALTERNO

FIRMA DE QUIEN CONVALIDA EL CUMPLIMIENTO DE LAS
OBLIGACIONES PARA EL PRESENTE PERIODO DE PAGO



SHIRLEY JANNETH TORRES RODRÍGUEZ

PS_5885_2025_58E953

SHIRLEY JANNETH TORRES RODRÍGUEZ
SUPERVISOR DEL CONTRATO