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: 89203198

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 2025
Número de planilla	89203198	**Periodo de Cotización Pensión**	agosto de 2025
Fecha pago	2025-09-11	**Número de Administradoras**	4
Número de autorización pago	2047098	**Total Pagado**	471000
Banco	1083	**Total Intereses de Mora**	2000

PAGADA

CÓDIGO ADMINISTRADORA	NOMBRE	TOTAL PAGADO	NÚMERO DE AFILIADOS
14-7	Cia. de Seguros Bolivar S.A.	34900	1
25-14	Administradora Colombiana de Pensiones - Colpensiones	228700	1
CCF24	Compensar Caja de Compensacion Fliar	28700	1
EPS008	Compensar EPS	178700	1

89203198

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

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

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: 5
FECHA: 2024-09-09

DATOS DEL CONTRATISTA					
FECHA DE DILIGENCIAMIENTO: (30-09-2025)					
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						
Nº DEL CONTRATO:	**PS 5885 2025**	**N° CDP:**	**2497**	**N°. RP:**	**0**	**PLAZO DEL CONTRATO INCLUIDAS PRORROGAS: CUATRO (4) MESES**
FECHA DE INICIO CONTRATO	**2025/07/04**	**FECHA DE TERMINACIÓN CONTRATO:**		**2025/10/31**		
PERIODO OBJETO DE COBRO:	**DEL 2025/09/01 AL 2025/09/30**					
VALOR A PAGAR CORRESPONDIENTE AL PERIODO OBJETO DE COBRO	**$ 1.900.000**					

BERTA LUCIA SANCHEZ MEDINA
PS_5885_2025_C4BE53

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 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
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, Dadivas, 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/ 09/ 2025, 2. Riesco sicof 15/09/2025
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 orienta al usuario y se asigna la cita según especialidad requerida para las diferentes unidades de la subred.
12	Se garantiza la información manejada de los diferentes aplicativos institucionales
13	Se porta visiblemente los elementos institucionales brindados por la Subred Integrada de Servicios de Salud Centro Oriente E.S.E. cumpliendo según manual
14	. Se orienta al usuario y se asigna la cita según especialidad requerida para las diferentes unidades de la subred. SE ABREN HISTORIAS CLINICAS, SE ASIGNAN CITAS Y SE LLAMA AL PACIENTE
15	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

16	Se asiste a los espacios convocados por la oficina de participación comunitaria según días y horarios establecidos: 1- 15/08/2025 BRIGADA MES DE AGOSTO 2025, VII ENCUENTRO DISTRITAL DE BRIGADAS DE EMERGENCIA PARQUE SIMON BOLIVAR ,INSTITUTO DISTRITAL DE GESTION DE RIESGO Y CAMBIO CLIMATICO IDIGER 2- 26/08/2025 ACOMPAÑAMIENTO SIMPOSIO LABORATORIO CLINICO DRA. MARTHA OKENDO. 3- 27/08/2025 ACOMPAÑAMIENTO COVERSATORIO Y RECONOCIMIENTO LIDERAZGO EN SALUD PUBLICA TEATRO CENTRO DESARROLLO COMUNITARIO LA VICTORIA, DRA ELIANA IVONT HURTADO SEPULVEDA GERENTE SUBRED CENTROORIENTE
17	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.

III. VERIFICACION DE ACTIVIDADES DESARROLLADAS

SE VERIFICA 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 (2025-09-01) AL (2025-09-30)

IV. INFORMACIÓN DE APORTES A SEGURIDAD SOCIAL

No. DE PLANILLA:	N° 89203198	OPERADOR:	MI PLANILLA

CONCEPTO DEL PAGO	ENTIDAD	FECHA DE PAGO	VALOR PAGADO
SALUD:	COMPENSAR	2025/10/10	$ 178.700
PENSIÓN:	COLPENSIONES	2025/10/10	$ 228.700
RIESGOS LABORALES:	SEGUROS BOLIVAR	2025/10/10	$ 34.900
OTRO			
TOTAL PAGADO			$ 442.300

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_5885_2025_C4BE53* **BERTA LUCIA SANCHEZ MEDINA** **CC: 65748525**
FIRMA DE QUIEN VALIDA	*MARÍA CAROLINA PINILLA JIMÉNEZ* *PS_5885_2025_C4BE53* **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_C4BE53* **SHIRLEY JANNETH TORRES RODRÍGUEZ** **SUPERVISOR DEL CONTRATO**