

DATOS DEL CONTRATISTA					
FECHA DE DILIGENCIAMIENTO: (30-11-2025)					
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:		2025/11/30	
PERIODO OBJETO DE COBRO:	DEL 2025/11/01 AL 2025/11/30				
<div><div>BERTA LUCIA SANCHEZ MEDINA PS_5885_2025_4FBD4B</div></div> <div>NOMBRE Y FIRMA DEL CONTRATISTA: BERTA LUCIA SANCHEZ MEDINA CC: 65748525 CEL: 3128733302</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:	\$ 9.373.333	VALOR DE HONORARIOS PERÍODO A CERTIFICAR:	\$ 1.900.000
PLAZO DEL CONTRATO INCLUYENDO PRORROGAS	CINCO (5) 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 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 bebés 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.
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, Dativas, 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
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.
12	Se asiste a los espacios convocados por la oficina de participación comunitaria según días y horarios establecidos. BRIGADA MES DE OCTUBRE 2025, 1. FUNDACION UNIVERSITARIA SAN MARTIN SISTEMA DE COMANDO. 2. 22-10-2025 MIERCOLES 9AM, SIMULACRO DISTRITAL DE EVACUACION
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 (2025-11-01) AL (2025-11-30)

IV. INFORMACIÓN DE APORTES A SEGURIDAD SOCIAL			
No. DE PLANILLA:	N° 8390864530	OPERADOR:	MI PLANILLA
CONCEPTO DEL PAGO	ENTIDAD	FECHA DE PAGO	VALOR PAGADO
SALUD:	COMPENSAR	2025/11/12	\$ 178.300
PENSIÓN:	COLPENSIONES	2025/11/12	\$ 228.100
RIESGOS LABORALES:	SEGUROS BOLIVAR	2025/11/12	\$ 34.800
OTRO			
TOTAL PAGADO			\$ 441.200

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_4FBD4B BERTA LUCIA SANCHEZ MEDINA
--------------------------------	---

FIRMA DE QUIEN VALIDA



MARÍA CAROLINA PINILLA JIMÉNEZ

PS_5885_2025_4FBD4B

MARÍA CAROLINA PINILLA JIMÉNEZ
SUPERVISOR ALTERNO

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



ZULMA JANNETH LÓPEZ CUBIDES

PS_5885_2025_4FBD4B

ZULMA JANNETH LÓPEZ CUBIDES
SUPERVISOR DEL CONTRATO

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: 8390864530

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	8390864530
Fecha pago	2025-11-12
Número de autorización pago	93865123
Banco	1023

Número de Empleados	1
Periodo de Cotización Salud	octubre de 2025
Periodo de Cotización Pensión	octubre de 2025
Número de Administradoras	4
Total Pagado	469800
Total Intereses de Mora	800

CÓDIGO ADMINISTRADORA	NOMBRE	TOTAL PAGADO	NÚMERO DE AFILIADOS
14-7	Cia. de Seguros Bolivar S.A.	34800	1
25-14	Administradora Colombiana de Pensiones - Colpensiones	228100	1
CCF24	Compensar Caja de Compensacion Fliar	28600	1
EPS008	Compensar EPS	178300	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



[Aumentar el contraste](#)

Individualr

Mis procesos

Menú

Ir a

Buscar...

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

- 1 Información general
- 2 la mayoría de la població...
- 3 Bienes y servicios
- 4 mensajeros del.
- 5 mensajes del contrato
- 6 Información presupuesta
- 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?

☐ Si ☒ 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
☐	PS 5885 2025 CUENTA DE COBRO OCTUBRE 2025 BERTA LUCIA SANCHEZ.pdf	PS 5885 2025 CUENTA DE COBRO OCTUBRE 2025 BERTA LUCIA SANCHEZ.pdf	Proveedor	Descargar	Detalle

Borrar

Cargar nuevo

Cancelar

< Evaluación de la Entidad Estatal >