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: 6
FECHA: 2024-09-16

DATOS DEL CONTRATISTA						
FECHA DE DILIGENCIAMIENTO: (31-05-2025)						
NOMBRES Y APELLIDOS:	**LEIDY MARINA TORRES LADINO**				**CC:**	**1121830424**
					RUT (NIT):	**1121830424**
CORREO ELECTRÓNICO:	**LEIDY.TORRES.LADINO@UNILLANOS.EDU.CO**				**TELÉFONO:**	**3123903346**
DIRECCIÓN DOMICILIO:	**KR 47 SUR 22 01**				**CIUDAD:**	**BOGOTA**
BANCO AL CUAL CONSIGNAR:	**BANCOLOMBIA S.A.**		**TIPO DE CUENTA:**	**AHORROS**	**N° CUENTA:**	**05761781016**
NÚMERO DEL CONTRATO Y DATOS DE LA ÚLTIMA ADICIÓN (PERIODO OBJETO DE PAGO)						
Nº DEL CONTRATO:	**PS 3202 2025**	**N° CDP:**	**1380**	**N°. RP:**	**15987**	**PLAZO DEL CONTRATO INCLUIDAS PRORROGAS: CINCO (05) MESES Y VEINTINUEVE (29) DÍAS**
FECHA DE INICIO CONTRATO	**2025/01/01**	**FECHA DE TERMINACIÓN CONTRATO:**		**2025/06/30**		**VALOR TOTAL DEL CONTRATO INCLUIDO ADICIONES: 29.853.000**
PERIODO OBJETO DE COBRO:	**DEL 2025/05/01 AL 2025/05/31**					
VALOR A PAGAR CORRESPONDIENTE AL PERIODO OBJETO DE COBRO	**$ 4.975.500**					

LEIDY MARINA TORRES LADINO
PS_3202_2025_927588-2025-05-15 15:10:36

NOMBRE Y FIRMA DEL CONTRATISTA:
LEIDY MARINA TORRES LADINO
CC: 1121830424
CEL: 3123903346

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 SUPERVISION CONTRATO DE PRESTACION DE SERVICIOS Y DE APOYO A LA GESTIÓN**	**CÓDIGO: AP-IA-FT-077** **VERSIÓN: 2** **FECHA: 2024-09-16**

CELEBRADO ENTRE LA SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E Y					
NOMBRE DEL CONTRATISTA	**LEIDY MARINA TORRES LADINO**				
NÚMERO DE DOCUMENTO DE IDENTIDAD:	**1.121.830.424**				
I. INFORMACION GENERAL DEL CONTRATO DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS					
OBJETO DEL CONTRATO:	PRESTAR SERVICIOS COMO PROFESIONAL UNIVERSITARIO PARA DESARROLLAR ACTIVIDADES EN LA OFICINA ASESORA DE DESARROLLO INSTITUCIONAL DE LA SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E.				
CONTRATO DE PRESTACION DE SERVICIOS PROFESIONALES No.	**PS 3202 2025**		**FECHA INICIO CONTRATO**	**2025/01/01**	
VALOR INICIAL DEL CONTRATO	$ 14.926.500				
VALOR TOTAL DEL CONTRATO INCLUIDO ADICIONES:	$ 29.853.000		**VALOR DE HONORARIOS PERÍODO A CERTIFICAR:**	$ 4.975.500	
N° DE INFORME:	5	**Nº CRP INICIAL:**	5053	**N° CDP INICIAL DEL CONTRATO**	2
PLAZO DEL CONTRATO INCLUYENDO PRORROGAS	CINCO (05) MESES Y VEINTINUEVE (29) DÍAS				
PROCESO EN DONDE SE EJECUTARON LAS ACTIVIDADES:	OFICINA ASESORA DE DESARROLLO INSTITUCIONAL				
UNIDAD FUNCIONAL DE EJECUCIÓN DE ACTIVIDADES:	SEDE ADMINISTRATIVA DIAGONAL 34				
NOMBRE DEL SUPERVISOR:	OLGA YUMARY RAMIREZ TORRES				

II. MODIFICACIONES CONTRACTUALES							
N° DE MODIFICACIÓN:	(2)	**TIPO DE MODIFICACIÓN (ADICIÓN - PRÓRROGA):**			ADICION (X)	PRORROGA (X)	
VALOR ADICIONADO	$ 4.975.500	**CDP DE LA ADICIÓN:**	774	**RP DE LA ADICIÓN:**		**TIEMPO PRORROGADO:**	VEINTINUEVE (29) DÍA
VALOR ADICIONADO	$ 9.951.000	**CDP DE LA ADICIÓN:**	1380	**RP DE LA ADICIÓN:**	15987	**TIEMPO PRORROGADO:**	UN (01) MES Y VEINTINUEVE (

III. POLIZAS (SI APLICA)				
¿PACTÓ POLIZAS EN SU CONTRATO?	**SI**		**NO**	**X**
N° DE PÓLIZA:		**NOMBRE DE LA ASEGURADORA:**		
FECHA DE LA PÓLIZA		**ACTO ADMINISTRATIVO DE APROBACIÓN:**		

ITEM	**IV. 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	1. parametrizar y actualizar las tarifas de medicamentos, dispositivos medicos y productos farmaceuticos pos y no pos en el sidgh, asegurando la concordancia con los contratos con las eapb. 2. gestionar eficientemente los contratos y planes de beneficios en el sidgh, garantizando la actualizacion de la informacion y el cumplimiento de la normativa vigente. 3. auditar en el software de dinamica los manuales tarifarios parametrizados con los precios pactados segun cada contrato con eapb-erp-pts-pssy seguimiento al manual de medicamentos de precio regulado por el ministerio de salud y proteccion social para no exceder el precio de venta permitido. 4. parametrizar en el sidgh los contratos, planes de beneficios los codigos cums, iums y otros insumos,productos o tecnologias en salud segun la normativa vigente, compartiendo la informacion actualizada. 5. elaborar y actualizar los valores de venta en las tablas de negociacion de medicamentos y dispositivos medicos con las eapb-erp-pts-pss, conforme informacion de la direccion financiera (costos) y direccion de contratacion y la normatividad vigente. 6. verificar la vigencia de los registros sanitarios y codigos cum, iums y otros insumos,productos o tecnologias en salud en el invima, reportando las novedades al equipo de la direccion tecnica de servicios de complementario (subproceso servicio farmaceutico). 7. Participar activamente en el proceso de negociacion con las eps, presentando ofertas y realizando el seguimiento correspondiente. 8. conocer y cumplir con la normativa vigente en materia de medicamentos y dispositivos medicos, incluyendo resoluciones, decretos, protocolos y guias de buenas practicas emitidos por el ministerio de salud, el invima y otras entidades regulatorias. 9. apoyar al area de costos en la revision y actualizacion de la informacion de medicamentos y dispositivos medicos en las bases de datos y en los materiales informativos, asegurando que la informacion sea clara, concisa y actualizada. 10. las demas que le sean asignadas en cumplimiento al objeto contractual. Contenidas en el formato de necesidad de personal que hace parte integral del presente contrato

V. 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 (2025-05-01) AL (2025-05-31)

VI. INFORMACIÓN DE APORTES A SEGURIDAD SOCIAL

No. DE PLANILLA:	N° 9484880735	OPERADOR:	APORTES EN LINEA

CONCEPTO DEL PAGO	ENTIDAD	FECHA DE PAGO	VALOR PAGADO
SALUD:	SALUD TOTAL	2025/05/12	$ 248.800
PENSIÓN:	PORVENIR	2025/05/12	$ 318.500
RIESGOS LABORALES:	POSITIVA	2025/05/12	$ 48.500
OTRO			
TOTAL PAGADO			$ 615.800

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:	*LEIDY MARINA TORRES LADINO* *PS_3202_2025_927588-2025-05-15 15:10:36* **LEIDY MARINA TORRES LADINO** **CC: 1121830424** **CEL: 3123903346**
FIRMA DE QUIEN CONVALIDA EL CUMPLIMIENTO DE LAS OBLIGACIONES PARA EL PRESENTE PERIODO DE PAGO:	*OLGA YUMARY RAMIREZ TORRES* *PS_3202_2025_927588-2025-05-16 12:50:26* **OLGA YUMARY RAMIREZ TORRES** **CARGO:** **PROFESIONAL ESPECIALIZADO AREA SALUD CODIGO 242 GRADO 29**