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: (30-06-2025)					
NOMBRES Y APELLIDOS:	**LEIDY MARINA TORRES LADINO**			**CC:**	**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**

DATOS DEL CONTRATO O ADICION Y PERIODO OBJETO DE PAGO						
Nº DEL CONTRATO:	**PS 3202 2025**	**N° CDP:**	**1380**	**N°. RP:**	**15987**	**PLAZO DEL CONTRATO INCLUIDAS PRORROGAS: SEIS (06) MESES**
FECHA DE INICIO CONTRATO	**2025/01/01**	**FECHA DE TERMINACIÓN CONTRATO:**		**2025/06/30**		
PERIODO OBJETO DE COBRO:	**DEL 2025/06/01 AL 2025/06/30**					
VALOR A PAGAR CORRESPONDIENTE AL PERIODO OBJETO DE COBRO	**$ 4.975.500**					

LEIDY MARINA TORRES LADINO
PS_3202_2025_BB3455-2025-06-16 09:32:51

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 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			
LEIDY MARINA TORRES LADINO			
	CON C.C N°	**1.121.830.424**	
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	**No. HORAS EJECUTADAS**	**0**
VALOR TOTAL DEL CONTRATO INCLUIDO ADICIONES:	$ 29.853.000	**VALOR DE HONORARIOS PERÍODO A CERTIFICAR:**	$ 4.975.500
PLAZO DEL CONTRATO INCLUYENDO PRORROGAS	SEIS (06) MESES		
UNIDAD FUNCIONAL DE EJECUCIÓN DE ACTIVIDADES:	SEDE ADMINISTRATIVA DIAGONAL 34		
NOMBRE DEL SUPERVISOR:	OLGA YUMARY RAMIREZ TORRES		

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. REALIZAR DIAGNOSTICO SITUACIONAL DEL ESTADO DE PARAMETRIZACION DE LAS TARIFAS DE MEDICAMENTOS, DISPOSITIVOS MEDICOS Y PRODUCTOS FARMACEUTICOS POS Y NO POS EN EL SIDGH.2. 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-ERP-PTS-PSS, EN COMUNICACION CONSTANTE CON SUBGERENCIA DE SERVICIOS DE SALUD A TRAVES DEL EQUIPO DE LA DIRECCION TECNICA DE SERVICIOS DE COMPLEMENTARIO (SUBPROCESO SERVICIO FARMACEUTICO) Y DIRECCION DE CONTRATACION PARA VALIDAR LA INFORMACION. 3. GESTIONAR EFICIENTEMENTE LOS CONTRATOS Y PLANES DE BENEFICIOS EN EL SIDGH, GARANTIZANDO LA ACTUALIZACION DE LA INFORMACION Y EL CUMPLIMIENTO DE LA NORMATIVA VIGENTE. 4. 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. 5. 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 CON LA DIRECCION TECNICA DE SERVICIO COMPLEMENTARIO. 6. 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. 7. VERIFICAR LA PRECISION Y ACTUALIZACION DE LA INFORMACION DE CADA MEDICAMENTO Y DISPOSITIVO MEDICO EN EL SIDGH, INCLUYENDO NOMBRE, PRESENTACION, REGISTRO SANITARIO, ETC.,EQUIPO DE LA DIRECCION TECNICA DE SERVICIOS DE COMPLEMENTARIO (SUBPROCESO SERVICIO FARMACEUTICO) PARA VALIDAR LA INFORMACION. 8. 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). 9. IMPLEMENTAR Y GESTIONAR EL CONTROL DE INVENTARIOS DE MEDICAMENTOS Y DISPOSITIVOS MEDICOS EN EL SIDGH, TRABAJANDO EN CONJUNTO CON EL EQUIPO DEL SERVICIO FARMACEUTICO PARA ASEGURAR LA EXACTITUD DE LA INFORMACION. 10. MONITOREAR LAS FECHAS DE VENCIMIENTO DE LOS PRODUCTOS Y GENERAR ALERTAS PARA EVITAR PERDIDAS POR PRODUCTOS VENCIDOS, COMUNICANDO AL EQUIPO DE LA DIRECCION TECNICA DE SERVICIOS DE COMPLEMENTARIOS (SUBPROCESO SERVICIO FARMACEUTICO) SOBRE LOS PRODUCTOS PROXIMOS A VENCER PARA SU GESTION. 11. PARTICIPAR ACTIVAMENTE EN EL PROCESO DE NEGOCIACION CON LAS EPS, PRESENTANDO OFERTAS Y REALIZANDO EL SEGUIMIENTO CORRESPONDIENTE. 12. AUDITAR EN EL SIDGH CUALQUIER PROCESO RELACIONADO CON EL SERVICIO FARMACEUTICO, ESPECIALMENTE AQUELLOS RELACIONADOS CON EL MANEJO DE INVENTARIOS (ENTRADAS, SALIDAS, AJUSTES, TRANSFERENCIAS, ETC.).COMUNICAR CUALQUIER SITUACION O INCONSISTENCIA DETECTADA DURANTE LA AUDITORIA A LA DIRECCION TECNICA DE SERVICIOS DE COMPLEMENTARIO (SUBPROCESO SERVICIO FARMACEUTICO) , PARA QUE SE TOMEN LAS MEDIDAS CORRECTIVAS PERTINENTES. 13. AUDITAR LOS MOVIMIENTOS EN EL SOFTWARE DE DINAMICA DE LOS ALMACENES DE FARMACIA; AJUSTES DE INVENTARIOS Y ORDENES DE DESPACHO REVISANDO AJUSTES ANORMALES O NO JUSTIFICADOS. 14. 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. 15. INCLUIR Y/O EXCLUIR LOS DISPOSITIVOS MEDICOS Y MEDICAMENTOS EN LA BASE EXCEL DE OFERTAR

A LAS EPS, SEGUN SEA LA NOTIFICACION POR PARTE DE FARMACIA, HEMODINAMICA, DEPOSITO DE FARMACIA O DE LA OFICINA DE COMERCIAL. 16. GENERAR COTIZACIONES Y REALIZAR SEGUIMIENTO. 17. BRINDAR SOPORTE AL AREA DE FACTURACION, COSTOS, AUDITORIAS CUENTAS MEDICAS Y ASISTENCIAL EN LO RELACIONADO A LA PARAMETRIZACION DE LOS SERVICIOS Y TARIFAS CONTRATADAS. 18. REALIZAR SEGUIMIENTO CON EL AREA DE CONTABILIDAD PARA AJUSTES DE LOS ESTADOS FINANCIEROS CORRELACIONADOS CON EL PROCESO DE PARAMETRIZACION DE LOS CONTRATOS, PLANES DE BENEFICIOS, TARIFAS, CODIGOS CUPS, CODIGOS CUMS, PAQUETES, PROCEDIMIENTOS ESPECIALES Y OTROS SERVICIOS O TECNOLOGIAS DE SALUD. 19. 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. 20. REVISION Y SEGUIMIENTO DE LAS CIRCULARES EMITIDAS POR EL MINISTERIO DE SALUD PARA REGULACION DE PRECIOS DE MEDICAMENTOS Y DISPOSITIVOS MEDICOS, COMPARTIENDO INFORMACION RELEVANTE CON EL EQUIPO DEL SERVICIO FARMACEUTICO. 21. ELABORAR UN INFORME MENSUAL DE LAS ACTIVIDADES REALIZADAS. 22. LAS DEMAS QUE LE SEAN ASIGNADAS EN CUMPLIMIENTO AL OBJETO CONTRACTUAL.

1	

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 (2025-06-01) AL (2025-06-30)

IV. INFORMACIÓN DE APORTES A SEGURIDAD SOCIAL

No. DE PLANILLA:	N° 1535673154	OPERADOR:	APORTES EN LINEA

CONCEPTO DEL PAGO	ENTIDAD	FECHA DE PAGO	VALOR PAGADO
SALUD:	SALUD TOTAL	2025/06/06	$ 248.800
PENSIÓN:	PORVENIR	2025/06/06	$ 318.500
RIESGOS LABORALES:	POSITIVA	2025/06/06	$ 48.500
OTRO			
TOTAL PAGADO			$ 615.800

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	*LEIDY MARINA TORRES LADINO* *PS_3202_2025_BB3455-2025-06-16 09:32:51* **LEIDY MARINA TORRES LADINO** **CC: 1121830424**
FIRMA DE QUIEN CONVALIDA EL CUMPLIMIENTO DE LAS OBLIGACIONES PARA EL PRESENTE PERIODO DE PAGO	*OLGA YUMARY RAMIREZ TORRES* *PS_3202_2025_BB3455-2025-06-16 14:50:32* **OLGA YUMARY RAMIREZ TORRES** **SUPERVISOR DEL CONTRATO**

aportes en línea

Resumen General de Pago

DATOS GENERALES DEL APORTANTE

Identificación	dv	Razon Social	Clase Aportante	Sucursal Principal	Direccion	Ciudad-Departamento	Teléfono	Exonerado SENA e ICBF
CC 1121830424		TORRES LADINO LEIDY MARINA	INDEPENDIENTE	PRINCIPAL	bzral 34	VILLAVICENCIO-META	6621646	No

DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION

Periodo		Clave		Tipo	Fecha		Pago		
Pensión	Salud	Pago	Planilla	Planilla	Limite	Pago	Banco	Dias Mora	Valor
2025-05	2025-05	1535673154	9486342391	I	2025/06/09	2025/06/06	BANCOLOMBIA	0	$655,700

LIQUIDACION DETALLADA DE APORTES

EMPLEADO					PENSION		SALUD				CCF				RIESGOS				PARAFISCALES		
No.	Identificación	Nombres	Codigo	Días	IBC	Aporte	Codigo	Días	IBC	Aporte	Codigo	Días	IBC	Aporte	Codigo	Días	IBC	Aporte	Días	IBC	Aporte
Sucursal: PRINCIPAL (1 Afiliados)					$1,990,200	$318,500			$1,990,200	$248,800			$1,990,200	$39,900			$1,990,200	$48,500		$0	$0
Centro de Trabajo: PRINCIPAL (1 Afiliados)					$1,990,200	$318,500			$1,990,200	$248,800			$1,990,200	$39,900			$1,990,200	$48,500		$0	$0
Ciudad: VILLAVICENCIO Depto: META (1 Afiliados)					$1,990,200	$318,500			$1,990,200	$248,800			$1,990,200	$39,900			$1,990,200	$48,500		$0	$0
1	CC	1121830424	TORRES LEIDY	230301	30	$1,990,200	$318,500	EPS002	30	$1,990,200	$248,800	CCF34	30	$1,990,200	$39,900	14-23	30	$1,990,200	$48,500	30	$0	$0
Total		**Afiliados(1)**				$1,990,200	$318,500			$1,990,200	$248,800			$1,990,200	$39,900			$1,990,200	$48,500		$0	$0

aportes en línea

Resumen General de Pago

DATOS GENERALES DEL APORTANTE

Identificación	dv	Razon Social	Clase Aportante	Sucursal Principal	Direccion	Ciudad-Departamento	Teléfono	Exonerado SENA e ICBF
CC 1121830424		TORRES LADINO LEIDY MARINA	INDEPENDIENTE	PRINCIPAL	bzral 34	VILLAVICENCIO-META	6621646	No

DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION

Periodo		Clave		Tipo	Fecha		Pago		
Pensión	Salud	Pago	Planilla	Planilla	Limite	Pago	Banco	Dias Mora	Valor
2025-05	2025-05	1535673154	9486342391	I	2025/06/09	2025/06/06	BANCOLOMBIA	0	$655,700

RESUMEN DE PAGO

RIESGO	CODIGO	NIT	DV	AFILIADOS	VALOR LIQUIDADO	INTERESES MORA	SALDOS E INCAPACIDADES	VALOR A PAGAR
AFP (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$318,500	$0	$0	$318,500
PORVENIR	230301	800,224,808	8	1	$318,500	$0	$0	$318,500
ARL (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$48,500	$0	$0	$48,500
POSITIVA COMPAÑIA DE SEGUROS	14-23	860,011,153	6	1	$48,500	$0	$0	$48,500
CCF (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$39,900	$0	$0	$39,900
COFREM	CCF34	892,000,146	3	1	$39,900	$0	$0	$39,900
EPS (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$248,800	$0	$0	$248,800
SALUD TOTAL	EPS002	800,130,907	4	1	$248,800	$0	$0	$248,800
TOTAL				1	$655,700	$0	$0	$655,700