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: (31-07-2025)					
NOMBRES Y APELLIDOS:	**GINA MARCELA GONZALEZ RAMOS**			**CC:**	**52544687**
CORREO ELECTRÓNICO:	**GINNAGONZALEZ09@GMAIL.COM**			**TELÉFONO:**	**3124014335**
DIRECCIÓN DOMICILIO:	**KR 100 A 73 24**			**CIUDAD:**	**BOGOTA**
BANCO AL CUAL CONSIGNAR:	**BANCO DAVIVIENDA S.A.**	**TIPO DE CUENTA:**	**AHORROS**	**N° CUENTA:**	**004870493170**

DATOS DEL CONTRATO O ADICION Y PERIODO OBJETO DE PAGO						
Nº DEL CONTRATO:	**PS 2435 2025**	**N° CDP:**	**1797**	**N°. RP:**	**0**	**PLAZO DEL CONTRATO INCLUIDAS PRORROGAS: OCHO (8) MESES**
FECHA DE INICIO CONTRATO	**2025/01/01**	**FECHA DE TERMINACIÓN CONTRATO:**		**2025/08/31**		
PERIODO OBJETO DE COBRO:	**DEL 2025/07/01 AL 2025/07/31**					
VALOR A PAGAR CORRESPONDIENTE AL PERIODO OBJETO DE COBRO	**$ 2.138.517**					

GINA MARCELA GONZALEZ RAMOS
PS_2435_2025_9BF923-2025-07-15 21:55:38

NOMBRE Y FIRMA DEL CONTRATISTA:
GINA MARCELA GONZALEZ RAMOS
CC: 52544687
CEL: 3124014335

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			
GINA MARCELA GONZALEZ RAMOS			
	CON C.C N°	**52.544.687**	
OBJETO DEL CONTRATO:	PRESTAR SERVICIOS TECNICOS COMO AUXILIAR ENFERMERIA PARA DESARROLLAR ACTIVIDADES EN LA DIRECCION DE SERVICIOS AMBULATORIOS DE LA SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS EN SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E.		
CONTRATO DE PRESTACION DE SERVICIOS PROFESIONALES No.	**PS 2435 2025**	**FECHA INICIO CONTRATO**	**2025/01/01**
VALOR INICIAL DEL CONTRATO	$ 9.091.280	**No. HORAS EJECUTADAS**	**207**
VALOR TOTAL DEL CONTRATO INCLUIDO ADICIONES:	$ 17.941.503	**VALOR DE HONORARIOS PERÍODO A CERTIFICAR:**	$ 2.138.517
PLAZO DEL CONTRATO INCLUYENDO PRORROGAS	OCHO (8) MESES		
UNIDAD FUNCIONAL DE EJECUCIÓN DE ACTIVIDADES:	HOSPITAL MATERNO INFANTIL		
NOMBRE DEL SUPERVISOR:	DIANA ISABEL MORA MORALES		

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 durante la consulta de pediatra talla, peso y toma de medidas antropométricas de los niños agendados. 2. Asignación de citas de pediatría, psicología, nutrición, terapia física, terapia ocupacional y terapia de lenguaje. 3. Entregar contra el RIPS al Archivo las Historias clínicas en los horarios Establecidos (en caso de contingencia). 4. Organizar y mantener papelería suficiente correspondiente a los formatos utilizados en el servicio. 5. Alistar los equipos necesarios para la consulta, 6. Revisar las fechas de vencimiento de los insumos. 7. Realizar Limpieza y desinfección recurrente a diario; de camilla, báscula, Infantometro y cinta métrica entre pacientes y al finalizar la jornada. 8. Realización de aseo Terminal según protocolo de limpieza y desinfección de los consultorios 20 y 21. 9. Realizar aseo terminal de consultorios 20 y 21 semanalmente. (Los viernes). 10. Realizar inventario de consultorio, insumos y equipos. 11. Realizar informes según solicitud de su jefe directo y/o jefe del Programa correspondientes a las actividades de PyD: Consulta de Canguros a las instancias correspondientes. 12. Alimentar diariamente la base de datos de seguimiento canguro, adherencia al Programa Canguro, diario de campo. (FORMATOS DRIVE). El archivo drive de adherencia al Programa Canguro se diligencia a diario en conjunto con terapeutas y psicóloga del Programa; para seguimiento por parte de trabajo social, quien a su vez realiza reporte a EAPB. 13. Consignar en Historia Clínica los seguimientos realizados a pacientes inasistentes, perdidos, que cancelan citas o reportan novedades significativas en la historia clínica HCSCAN, 14. Solicitar a diario a funcionario de facturación la creación de un ingreso en ceros a nombre de quien realiza el seguimiento para diligenciamiento respectivo. 15. Realizar pedido de insumos y papelería mensual, los días 15 de cada mes, según necesidad del servicio con visto bueno del jefe del servicio. 16. Realizar seguimiento telefónico a los usuarios a diario se deben realizar seguimientos telefónicos de recordatorio de citas, para confirmar asistencia y conocer estado de salud del usuario asignado, en caso de contar con solicitud de cancelación o reprogramación de las mismas se debe garantizar nueva asignación de cita consignándolo en HCSCAN. 17. Cumplir con los protocolos y guías establecidos por la institución. 18. Conocer el lineamiento del Programa canguro emitido por el Ministerio de Salud en el año 2017. 19. Orientar e informar a los usuarios del Programa Canguro según corresponda. 20. Manejar residuos y material de acuerdo a las normas de Bioseguridad. 21. Revisar agendas creadas en el sistema de las especialidades de pediatría, psicología, terapia física, terapia ocupacional, terapia de lenguaje y nutrición (se realiza revisión con las jornadas enviadas por los pediatras del programa para verificación de la creación de la agenda). 22. Asignar citas de dichas especialidades con previa verificación en Adres de afiliación a EAPB en estado activo. (El programa canguro atiende población de Capital Salud subsidiado y contributivo no requieren autorización, Coosalud subsidiado (la autorización la realiza facturación) y Asmet Salud (se solicita con paquete de autorización por fases). 23. Las citas de terapias son asignadas por atención al usuario, excepto casos especiales. 24. Realizar monitoria y seguimiento de las agendas de pediatría, terapias y nutrición para su agendamiento completo y en caso de tener espacios en blanco se debe realizar consecución de pacientes y realizar su agendamiento para cumplir el 100% de asignación. 25. Realizar recordatorio telefónico día previo a citas asignadas, en caso de fin de semana el día viernes se realiza seguimiento de agenda del lunes. Este se debe realizar, a las agendas de pediatría, psicología y nutrición.

26. Durante la jornada de consulta se debe realizar llamado telefónico de los pacientes que tiene cita asignada para nuevamente confirmar su asistencia, en caso tal que no asistan se asigna con otro paciente que llegue a terapias, piscología y/o consulta con enfermería para minimizar el indicador de inasistencia.
27. Alistar consultorio para atención de pediatría y enfermería con RIPS, elementos de protección personal, formatos del Programa Canguro: Formato control de peso Programa Madre Canguro MI-YV-FT-196 y Formato control de saturación de oxigeno Programa Canguro ambulatorio MI-TV-FT-193.
28. Realizar búsqueda activa de pacientes con cumplimiento de criterios de ingreso al Programa Canguro en los servicios de hospitalización (sala de partos, alojamiento conjunto, unidad de recién nacidos, cuidados intermedios y críticos neonatales).
29. Responder interconsultas según necesidad en caso tal que la jefe presente alguna novedad y no lo pueda realizar.
30. Realizar talleres educativos para entrenamiento en cuidados del bebé canguro en casa
31. Realizar diligenciamiento del formato MI-TV-FT-197, acta canguro o formato de asistencia a capacitación en el formato MI-TV-FT-195
32. Realizar acompañamientos en procesos de educación y evaluación de usuarios asistentes al Programa. (El examen educativo realizado a usuarios no se encuentra incluido en Almera se actualiza constantemente).
33. Mantener comunicación con grupo de gestión el riesgo, cohorte de infancia y adolescencia para dar continuidad a RIAS.
34. Realizar acompañamiento al servicio de urgencias de pediatría, garantizando ingreso por jefe de Triage y/o pediatra de turno.
35. Registrar y llevar control de saturación teniendo en cuenta protocolo de Oxigeno y carpeta de registro de Oximetría DT-FT-090 y MI-TV-FT-204.
36. Revisar carnet de vacunación y notificar al servicio de vacunación los niños pendientes por dosis en especial los niños pendientes de BCG y Palivizumab.
37. Informar al pediatra durante la consulta cambios objetivos y subjetivos evidenciados durante la estadía de los canguros durante la estancia en las consulta.
38. Tramitar citas correspondientes a las fases que se realicen dentro de la Subred (Santa Clara, Jorge Eliecer Gaitán, San Blas, y CAPS).
39. Dar cumplimiento a las actividades designadas por jefe y/o pediatra del Programa en cuanto a las necesidades de atención de los niños canguros.
40. Mantener confidencialidad de los casos en el programa canguro así como las acciones realizadas en el programa.

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 (2025-07-01) AL (2025-07-31)

IV. INFORMACIÓN DE APORTES A SEGURIDAD SOCIAL

No. DE PLANILLA:	N° 1074011879	OPERADOR:	SIMPLE

CONCEPTO DEL PAGO	ENTIDAD	FECHA DE PAGO	VALOR PAGADO
SALUD:	SALUD TOTAL	2025/07/08	$ 178.000
PENSIÓN:	PORVENIR	2025/07/08	$ 227.800
RIESGOS LABORALES:	SURA	2025/07/08	$ 34.700
OTRO			
TOTAL PAGADO			$ 440.500

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 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	*GINA MARCELA GONZALEZ RAMOS* *PS_2435_2025_9BF923-2025-07-15 21:55:38* **GINA MARCELA GONZALEZ RAMOS** **CC: 52544687**
FIRMA DE QUIEN CONVALIDA EL CUMPLIMIENTO DE LAS OBLIGACIONES PARA EL PRESENTE PERIODO DE PAGO	*DIANA ISABEL MORA MORALES* *PS_2435_2025_9BF923-2025-07-17 20:42:15* **DIANA ISABEL MORA MORALES** **SUPERVISOR DEL CONTRATO**

PAGOSIMPLE | REPORTE INDIVIDUAL

Fecha creación reporte 2025-06-11, 05:52:01 AM **Tipo Planilla** I **Número Planilla** 1073310864

Periodo Cotización 202505 **Periodo Servicio** 202505

Cliente:

PAGADA 2025-06-11

I. DATOS DEL APORTANTE

Razón Social	GINNA MARCELA GONZALEZ RAMOS				
Documento	CC 52544687	**Dirección**	CALLE 61 B BIS 18 L 28		
Tipo de Empresa	INDEPENDIENTE	**Teléfono**	3124014335		
Tipo Persona	NATURAL	**Forma Presentación**	ÚNICO	**Total Afiliados**	1
Ciudad	BOGOTA D.C.	**Departamento**	BOGOTA D.C.		
Representante Legal		**Identificación**			

II. DATOS DEL AFILIADO

Documento	CC 52544687		**Residente**		**Exonerado**	N	**Apellidos y Nombres**	**Código Ciudad - Departamento**	**Centro de Trabajo**	**Ubicación Laboral**
Tipo Cotizante	59	00					GONZALEZ RAMOS GINNA MARCELA	11001000 - 11		BOGOTA D.C.

III. APORTE POR CADA UNA DE LAS ADMINISTRADORAS ASOCIADAS AL AFILIADO:

Novedades																					Extranjero	Tipo salario	Salario	Pensión							Salud						Riesgos					Caja				Parafiscales			
ING	RET	TDE	TAE	TDP	TAP	VSP	COR	VST	SLN	IGE	LMA	VAC	AVP	VCT	IRP	Días AFP	Días EPS	Días ARP	Días CCF				Código AFP	Código Tras. AFP	Tarifa AFP	IBC	Total Aporte AFP	Total Aporte PSP	Total Aporte FSPS	Código EPS	Código Tras. EPS	Tarifa EPS	IBC EPS	Aporte Salud	Aporte UPC	Código ARL	Clase Riesgo	Tarifa ARL	IBC ARL	Aporte Riesgos	Código CCF	Tarifa CCF	IBC CCF	Aporte Caja	Tarifa SENA	Aporte SENA	Tarifa ICBF	Aporte ICB
																0	30	30	30	0			$ 1.423.500	230301		16 %	$ 1.423.500	$ 227.800	$ 0	$ 0	EPS002		12,5 %	$ 1.423.500	$ 178.000	$ 0	14-11	3	2,436 %	$ 1.423.500	$ 34.700	NIN-CC	0 %	$ 0	$ 0	0 %	$ 0	0 %	$ 0

IV.TOTALES

Total Aportes Pensión	Total Aportes FSP	Total Aportes FSPS	Total Aportes Salud	Total Aportes Riesgos	Total Aportes Cajas	Total Aportes SENA	Total Aportes ICBF	Total Aportes ESAP	Total Aportes MEN	Total Final
PORVENIR	FSP SOLIDARIDAD	FSP SUBSISTENCIA	SALUD TOTAL EPS	ARL SURA	NINGUNA CCF	SENA	ICBF	ESAP	MEN	
$ 227.800	$ 0	$ 0	$ 178.000	$ 34.700	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 440.500

Líneas de Servicio FonoSIMPLE: Bogotá 601 4446634 - Cali: 602 5540577 - Medellín: 604 5146669 - Bucaramanga: 607 6438000 - Cartagena: 605 6945444 - Pereira: 606 3402582 - Barranquilla: 605 3618850 - Resto del País: 018000 971 971 - ¡Más que Fácil, SIMPLE!

¡El Poder de lo SIMPL

Powered by CamScanner