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:	**JEIMY NATALY ROMERO RAMIREZ**			**CC:**	**1013619290**
CORREO ELECTRÓNICO:	**JEIMYNATALYROMERORAMIREZ@GMAIL.COM**			**TELÉFONO:**	**3138827634**
DIRECCIÓN DOMICILIO:	**CL 68F BIS 49D 225 SUR**			**CIUDAD:**	**BOGOTA**
BANCO AL CUAL CONSIGNAR:	**BANCO DAVIVIENDA S.A.**	**TIPO DE CUENTA:**	**AHORROS**	**N° CUENTA:**	**004870441765**

DATOS DEL CONTRATO O ADICION Y PERIODO OBJETO DE PAGO						
Nº DEL CONTRATO:	**PS 5662 2025**	**N° CDP:**	**1580**	**N°. RP:**	**17302**	**PLAZO DEL CONTRATO INCLUIDAS PRORROGAS: DOS (2) MESES Y VEINTISEIS (26) DIAS**
FECHA DE INICIO CONTRATO	**2025/05/06**	**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						**$ 2.500.008**

JEIMY NATALY ROMERO RAMIREZ
PS_5662_2025_4A6893-2025-07-18 15:30:53

NOMBRE Y FIRMA DEL CONTRATISTA:
JEIMY NATALY ROMERO RAMIREZ
CC: 1013619290
CEL: 3138827634

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			
JEIMY NATALY ROMERO RAMIREZ			
	CON C.C N°	**1.013.619.290**	
OBJETO DEL CONTRATO:	PRESTAR SERVICIOS TECNICOS COMO AUXILIAR DE ENFERMERIA PARA DESARROLLAR ACTIVIDADES EN LA DIRECCI?N DE SERVICIOS AMBULATORIOS DE LA SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS EN SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E. - CONVENIO EBS DE MINISTERIO DE SALUD Y PROTECCION SOCIAL SEG?N RESOLUCION 1499 26-08-2024		
CONTRATO DE PRESTACION DE SERVICIOS PROFESIONALES No.	**PS 5662 2025**	**FECHA INICIO CONTRATO**	**2025/05/06**
VALOR INICIAL DEL CONTRATO	$ 7.166.690	**No. HORAS EJECUTADAS**	**184**
VALOR TOTAL DEL CONTRATO INCLUIDO ADICIONES:	$ 7.166.690	**VALOR DE HONORARIOS PERÍODO A CERTIFICAR:**	$ 2.500.008
PLAZO DEL CONTRATO INCLUYENDO PRORROGAS	DOS (2) MESES Y VEINTISEIS (26) DIAS		
UNIDAD FUNCIONAL DE EJECUCIÓN DE ACTIVIDADES:	HOSPITAL SANTA CLARA		
NOMBRE DEL SUPERVISOR:	BERTHA SOFIA DIAZ QUEVEDO		

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	1. VERIFICACIÓN DE FRECUENCIA DE USO SEGÚN EL ESQUEMA DE INTERVENCIONES/ATENCIONES EN SALUD INDIVIDUALES DEFINIDO EN EL LINEAMIENTO TÉCNICO Y OPERATIVO DE LA RPMS (RESOLUCIÓN 3280-2018), CON EL FIN DE DEFINIR EL TIPO DE ATENCIÓN QUE LE CORRESPONDE A CADA USUARIO.
2	2. GARANTIZARÁ LA APERTURA DE LA HISTORIA CLÍNICA Y DARÁ ACCESO AL PROFESIONAL DE LA SALUD CORRESPONDIENTE, QUIEN HARÁ LA CONSIGNACIÓN DE LA ATENCIÓN MÉDICA EN EL SISTEMA DE INFORMACIÓN PARA REGISTRO DE HISTORIA CLÍNICA.
3	3. VERIFICARÁ EL REGISTRO DE LA ATENCIÓN Y DARÁ CIERRE AL PROCESO.
4	4. CONSULTARA EN EL APLICATIVO PAI WEB 2.0 DE LA SECRETARIA DISTRITAL DE SALUD EL ANTECEDENTE DE VACUNAS DEL USUARIO CON EL FIN DE DETERMINAR LOS BIOLÓGICOS A APLICAR. EN CASO DE NO ENCONTRAR REGISTRO ORIENTARA LA APLICACIÓN DE LOS BIOLÓGICOS CON RELACIÓN A LA INFORMACIÓN REMITIDA POR EL GESTOR FAMILIAR.
5	5. HARÁ CONTACTO TELEFÓNICO CON EL USUARIO O CUIDADOR CON EL FIN DE VERIFICAR DATOS DE UBICACIÓN E INFORMAR EL DÍA EN QUE SE REALIZARÁ LA ATENCIÓN EN CASA.
6	6. EL AUXILIAR DE ENFERMERÍA LLEVARA UN REGISTRO DIARIO CON LA RELACIÓN DE LOS USUARIOS CARACTERIZADOS Y LA INFORMACIÓN QUE CORRESPONDE PARA ESTE PROCESO.
7	7. ASISTIR A COMITÉS DE CUIDADO.
8	8. REALIZAR DEMÁS ACTIVIDADES RELACIONADAS CON EL OBJETO CONTRACTUAL QUE ASIGNE EL SUPERVISOR DEL CONTRATO BAJO EL CONVENIO DE EBS DE MINISTERIO DE SALUD Y PROTECCION SOCIAL SEGÚN RESOLUCIÓN 1499 26-08-2024.

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° 1074138001	OPERADOR:	SIMPLE

CONCEPTO DEL PAGO	ENTIDAD	FECHA DE PAGO	VALOR PAGADO
SALUD:	SALUD TOTAL	2025/07/14	$ 148.282
PENSIÓN:	PORVENIR	2025/07/14	$ 189.800
RIESGOS LABORALES:	SURA	2025/07/14	$ 28.898
OTRO			
TOTAL PAGADO			$ 366.980

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	*JEIMY NATALY ROMERO RAMIREZ* *PS_5662_2025_4A6893-2025-07-18 15:30:53* **JEIMY NATALY ROMERO RAMIREZ** **CC: 1013619290**
FIRMA DE QUIEN CONVALIDA EL CUMPLIMIENTO DE LAS OBLIGACIONES PARA EL PRESENTE PERIODO DE PAGO	*BERTHA SOFIA DIAZ QUEVEDO* *PS_5662_2025_4A6893-2025-07-18 20:35:33* **BERTHA SOFIA DIAZ QUEVEDO** **SUPERVISOR DEL CONTRATO**