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:	**YUDI NATHALY SOLAQUE VALBUENA**			**CC:**	**1000785736**
CORREO ELECTRÓNICO:	**SOLAQUENATHALY@GMAIL.COM**			**TELÉFONO:**	**3142662142**
DIRECCIÓN DOMICILIO:	**KR 44A 78 72 SUR**			**CIUDAD:**	**BOGOTA**
BANCO AL CUAL CONSIGNAR:	**BANCO DAVIVIENDA S.A.**	**TIPO DE CUENTA:**	**AHORROS**	**N° CUENTA:**	**008870571760**

DATOS DEL CONTRATO O ADICION Y PERIODO OBJETO DE PAGO						
Nº DEL CONTRATO:	**PS 1098 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	**$ 2.272.820**					

YUDI NATHALY SOLAQUE VALBUENA
PS_1098_2025_4E0204-2025-07-17 08:54:09

NOMBRE Y FIRMA DEL CONTRATISTA:
YUDI NATHALY SOLAQUE VALBUENA
CC: 1000785736
CEL: 3142662142

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			
YUDI NATHALY SOLAQUE VALBUENA			
	CON C.C N°	**1.000.785.736**	
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 1098 2025**	**FECHA INICIO CONTRATO**	**2025/01/01**
VALOR INICIAL DEL CONTRATO	$ 9.091.280	**No. HORAS EJECUTADAS**	**220**
VALOR TOTAL DEL CONTRATO INCLUIDO ADICIONES:	$ 18.182.560	**VALOR DE HONORARIOS PERÍODO A CERTIFICAR:**	$ 2.272.820
PLAZO DEL CONTRATO INCLUYENDO PRORROGAS	OCHO (8) MESES		
UNIDAD FUNCIONAL DE EJECUCIÓN DE ACTIVIDADES:	CARCEL DISTRITAL		
NOMBRE DEL SUPERVISOR:	GUILLERMO RUBIO GUIZA		

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	NO APLICA
2	SE LLEVA A CABO LA BASE DE DATOS MESUAL REALIZANDO SUS REGISTROS Y ACTUALIZACION SEMANAL
3	SE REALIZAN LA NOTIFICAIONES EN EL PLAZO ESTABLECIDO
4	AL INGRESO DE LA ESATCION SE REALIZA LA CARACTERIZACION, VER EL ESATDAO EN QUE SE ENCUANTRA EL PPLL Y SE REGISTRA EN LA BASE DE DATOS
5	SE REALIZA LA ENREGA DE INSULINA A LOS PPL Y CUSTODIOS DE CADA ESATCIONES DE POLICIA MENSUALMENTE PARA DICHA ADMINISTRACION
6	SE REALIZAN LAS BRIGADAS DE SALUD MESUAL, PARA BRINDAR ATENCION EN MEDICINA GENERAL, PSICOLOGIA, TRABJO SOCIAL Y ENFERMERIA
7	ANTE LAS URGECIAS PRESENTADAS EN LAS ESTACIONES DE POLICIA SE HACE EL LLAMADO A LA LINEA DE EMERGENCIA 123 SOLICITANDO AMBULANCIA PARA EL TRASLADO DEL PPL
8	SE REALIZA LA ENTREGA MENSUAL DEL MEICAMENTO Y LA FORMULA AL CUSTODIO DE CADA ESATCION PARA LA ENTREGA POR ORARIO DE CADA MEDICAMENTO VERIFICANDO SU CUMPLIMINETO SEMANAL
9	NO APLICA
10	NO SE REALIZA
11	SE REALIZA EL AJENDAMIENTO DE LAS PERSONAS QUE SE VALORAN EL DIA DE LA BRIGADA DE SALUD
12	SE REALIZA LA ENTREGA DE FORMULAS A LOS PPL PARA RECLAMAR LOS MEDICAMENTO POR UN FAMILIAR
13	SE EJECUTA LA ATENCION INETGRAL DE LOS PRIVADOS DE LA LIBERTAD A SUS NECESIDADES
14	1. SE REALIZA LA TOMA DE LABORATORIOS, LA COOCACION DE LOS MEDICAMENTOS, ENTREGA DE MEDICAMENTOS Y FORMULACION A LOS PPL DE LAS ESATCIONES ASIGNADAS
15	SE ACOMPAÑA AL MEDICO GENERAL, EN LA CONSULTA DE PYD GENERADAS EN LAS BRIGADAS DE SALUD EN CADA ESATCION DE POLICIA
16	SE REALIZAN LAS TOMAS TOMAS DE PRUEBAS RAPIDAS, DE EDUCA AL PACIENTE, EN COMPAÑIA DE PSICOLOGIA
17	SE REALIZA LA ENTREGA DE MEDICAMENTOS O FORMULAS MEDICAS A LOS PPL YA SEA A SU TRASLADO A CENTRO DE RECLUCION O A SU LIBERTAD

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° 9488028873	OPERADOR:	APORTES EN LINEA

CONCEPTO DEL PAGO	ENTIDAD	FECHA DE PAGO	VALOR PAGADO
SALUD:	FAMISANAR	2025/07/16	$ 178.800
PENSIÓN:	COLPENSIONES	2025/07/16	$ 228.800
RIESGOS LABORALES:	COLMENA	2025/07/16	$ 34.900
OTRO			
TOTAL PAGADO			$ 442.500

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	*YUDI NATHALY SOLAQUE VALBUENA* *PS_1098_2025_4E0204-2025-07-17 08:54:09* **YUDI NATHALY SOLAQUE VALBUENA** **CC: 1000785736**
FIRMA DE QUIEN CONVALIDA EL CUMPLIMIENTO DE LAS OBLIGACIONES PARA EL PRESENTE PERIODO DE PAGO	*GUILLERMO RUBIO GUIZA* *PS_1098_2025_4E0204-2025-07-17 14:50:14* **GUILLERMO RUBIO GUIZA** **SUPERVISOR DEL CONTRATO**