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: (31-08-2025)					
NOMBRES Y APELLIDOS:	**NINI JHOJANA CASALINS ESMERAL**			**CC:**	**36728790**
CORREO ELECTRÓNICO:	**NINICASALINS@GMAIL.COM**			**TELÉFONO:**	**3118113126**
DIRECCIÓN DOMICILIO:	**CL 12C 71B 40**			**CIUDAD:**	**BOGOTA**
BANCO AL CUAL CONSIGNAR:	**BANCO CAJA SOCIAL**	**TIPO DE CUENTA:**	**AHORROS**	**N° CUENTA:**	**24103646851**

DATOS DEL CONTRATO O ADICION Y PERIODO OBJETO DE PAGO						
Nº DEL CONTRATO:	**PS 2876 2025**	**N° CDP:**	**2525**	**N°. RP:**	**0**	**PLAZO DEL CONTRATO INCLUIDAS PRORROGAS: NUEVE (9) MESES**
FECHA DE INICIO CONTRATO	**2025/01/01**	**FECHA DE TERMINACIÓN CONTRATO:**		**2025/09/01**		
PERIODO OBJETO DE COBRO:	**DEL 2025/08/01 AL 2025/08/31**					
VALOR A PAGAR CORRESPONDIENTE AL PERIODO OBJETO DE COBRO	**$ 3.597.312**					

NINI JHOJANA CASALINS ESMERAL
PS_2876_2025_98B0EF

NOMBRE Y FIRMA DEL CONTRATISTA:
NINI JHOJANA CASALINS ESMERAL
CC: 36728790
CEL: 3118113126

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

NINI JHOJANA CASALINS ESMERAL

CON C.C N°	**36.728.790**

OBJETO DEL CONTRATO:	PRESTAR SERVICIOS PROFESIONALES COMO FISIOTERAPEUTA PARA DESARROLLAR ACTIVIDADES EN LA DIRECCION DE SERVICIOS COMPLEMENTARIOS DE LA SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E.

CONTRATO DE PRESTACION DE SERVICIOS PROFESIONALES No.	**PS 2876 2025**	**FECHA INICIO CONTRATO**	**2025/01/01**
VALOR INICIAL DEL CONTRATO	$ 14.389.248	**No. HORAS EJECUTADAS**	**192**
VALOR TOTAL DEL CONTRATO INCLUIDO ADICIONES:	$ 35.935.648	**VALOR DE HONORARIOS PERÍODO A CERTIFICAR:**	$ 3.597.312
PLAZO DEL CONTRATO INCLUYENDO PRORROGAS	NUEVE (9) MESES		
UNIDAD FUNCIONAL DE EJECUCIÓN DE ACTIVIDADES:	HOSPITAL LA VICTORIA		
NOMBRE DEL SUPERVISOR:	ANGELA MARIA MENDOZA MESA		

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	ACTIVIDAD 4 . Realice 76 respuesta de interconsultas el hospital la Victoria, Brinde atención personalizada y adaptada a las necesidades de los pacientes; cumplí con los protocolos y guías de atención para garantizar que la atención sea pertinente y efectiva; documente en la historia clínica todas las sesiones de terapia física de la atención brindada con reporte de lo hecho en la atención.
2	. ACTIVIDAD 5. Realice respuesta de 2 interconsultas en la unidad de perseverancia y 2 en la unidad de Samper Mendoza. Brinde atención personalizada y adaptada a las necesidades de los pacientes; cumplí con los protocolos y guías de atención para garantizar que la atención sea pertinente y efectiva; documente en la historia clínica todas las sesiones de terapia física de la atención brindada con reporte de lo hecho en la atención.
3	ACTIVIDAD 6. Conozco y cumplo con las políticas y procedimientos establecidos por subred Centro Oriente, incluyendo los reglamentos administrativos, técnicos, científicos y disciplinarios, conozco y cumplo los roles y responsabilidades asignados de la estructura orgánica de la Subred Centro Oriente, además conozco y cumplo la visión y misión de la Subred Centro Oriente.
4	ACTIVIDAD 7. Realice actividades según la necesidad en cada unidad.
5	ACTIVIDAD 3. Realice 11 sesiones de terapia física en hospitalización en la unidad de Samper Mendoza.
6	1. ACTIVIDADA 1. Realice 304 sesiones de terapia física en hospitalización del hospital la Victoria.
7	. ACTIVIDAD 2. Realice 35 sesiones de terapia física en hospitalización en la unidad de perseverancia.
8	ACTIVIDAD 8. Entrega de informe de producción mensual EL 01/08/2025, entrega de objetivos 01/08/2025, diligenciamiento de drives 01/08/2025.
9	ACTIVIDAD 10. Garantice la privacidad de la historia clínica del paciente.
10	ACTIVIDAD 11. Cumplir con las normas de bioseguridad, lavado de manos, uso elementos de protección personal, proceso de limpieza y desinfección.
11	ACTIVIDAD 12. asistí al hospital la Victoria y a la unidad de perseverancia y Samper Mendoza, según orden de mi supervisora de contrato.
12	ACTIVIDAD 09. Realice registro completo y con calidad de (304 historias clínicas en el aplicativo Dinámica Gerencial) con los parámetros establecidos en la resolución 1995 de 1999 y los definidos por la Subred Integrada de Servicios de Salud Centro Oriente.

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 (2025-08-01) AL (2025-08-31)

IV. INFORMACIÓN DE APORTES A SEGURIDAD SOCIAL

No. DE PLANILLA:	N° 1074113672	OPERADOR:	SIMPLE

CONCEPTO DEL PAGO	ENTIDAD	FECHA DE PAGO	VALOR PAGADO
SALUD:	FAMISANAR	2025/07/15	$ 179.900
PENSIÓN:	COLPENSIONES	2025/07/15	$ 230.300
RIESGOS LABORALES:	SEGUROS BOLIVAR	2025/07/15	$ 35.100
OTRO			
TOTAL PAGADO			$ 445.300

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	*NINI JHOJANA CASALINS ESMERAL* *PS_2876_2025_98B0EF* **NINI JHOJANA CASALINS ESMERAL** **CC: 36728790**
FIRMA DE QUIEN CONVALIDA EL CUMPLIMIENTO DE LAS OBLIGACIONES PARA EL PRESENTE PERIODO DE PAGO	*ANGELA MARIA MENDOZA MESA* *PS_2876_2025_98B0EF* **ANGELA MARIA MENDOZA MESA** **SUPERVISOR DEL CONTRATO**

PAGOSIMPLE | AUTOLIQUIDACION CONSOLIDADA

Fecha creación reporte: 2025-07-15, 04:21:18 AM **Tipo Planilla:** I: PLANILLA INDEPENDIENTES **Numéro Planilla:** 1074113672

Periodo Cotización: julio de 2025 **Periodo Servicio:** julio de 2025 **Referencia pago (PIN):** 8823296551

PAGADO 14/07/2025 EN HORARIO EXTENDIDO

I. DATOS DEL APORTANTE

Razón Social	NINI JHOJANA CASALINS ESMERAL		
Documento	CC36728790	**Dirección**	TV 96 #20 D - 70 CASA 21
Tipo de Empresa	INDEPENDIENTE	**Teléfono**	3118113126
Tipo Persona	NATURAL	**Forma Presentación**	ÚNICO
Ciudad	BOGOTA D.C.	**Departamento**	BOGOTA D.C.
Representante Legal		**Identificación**	
Total Afiliados	1	**ARP**	SEGUROS BOLIVAR

II. DETALLE DEL APORTANTE

Datos del Afiliado				Novedades																				Pensiones			Salud			Riesgos			Cajas			Parafiscales					Total
Identificación	Apellidos y Nombres	Tipo Cotizante	Subtipo Cotizante	ING	RET	RET P	TDE	TAE	TDP	TAP	VSP	COR	VST	SLN	IGE	LMA	VAC	AVP	VCT	IRP	Días AFP	Días EPS	Días ARP	Días CCF	Administradora	IBC Pensión	Aporte Pensión	Administradora	IBC Salud	Aporte Salud	Tarifa	IBC Riesgos	Aporte Riesgos	Administradora	IBC Caja	Aporte Caja	Aporte SENA	Aporte ICBF	ESAP	Aporte Ministerio	Total
CC 36728790	NINI JHOJANA CASALINS ESMERAL	57	00										X							0	30	30	30	30	(25-14) COLPENSIONES	$ 1.438.924	$ 230.300	(EPS017) FAMISANAR EPS	$ 1.438.924	$ 179.900	2,436	$ 1.438.924	$ 35.100	(CCF21) CAFAM	$ 1.438.924	$ 28.800	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 474.100

III.TOTALES

IBC Pensión	IBC Salud	IBC Riesgos	IBC Cajas	Aportes Pensión	Aportes Salud	Aportes Riesgos	Aportes Cajas	Aportes Sena	Aportes ICBF	Aportes ESAP	Aportes Min Educación	(Incapacidades, Licencias, Saldos a Favor) EPS	Incapacidades ARP	SUBTOTAL SIN INTERESES DE MORA	TOTAL INTERESES DE MORA	TOTAL FINAL
$ 1.438.924	$ 1.438.924	$ 1.438.924	$ 1.438.924	$ 230.300	$ 179.900	$ 35.100	$ 28.800	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 474.100	$ 0	$ 474.100

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 SIMPLE!

Antes de imprimir, asegúrese que sea realmente necesario. Proteger el medio ambiente está en nuestras manos.