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:	**CAROLINA ROJAS SUAREZ**				**CC:**	**52163433**
CORREO ELECTRÓNICO:	**KARENROJAS24@HOTMAIL.ES**				**TELÉFONO:**	**3228849458**
DIRECCIÓN DOMICILIO:	**KR 111 BIS 72 C 08**				**CIUDAD:**	**BOGOTA**
BANCO AL CUAL CONSIGNAR:	**BANCO DAVIVIENDA S.A.**	**TIPO DE CUENTA:**	**CORRIENTE**		**N° CUENTA:**	**001800208876**
DATOS DEL CONTRATO O ADICION Y PERIODO OBJETO DE PAGO						
Nº DEL CONTRATO:	**PS 1988 2025**	**N° CDP:**	**2519**	**N°. RP:**	**0**	**PLAZO DEL CONTRATO INCLUIDAS PRORROGAS: DIEZ (10) MESES**
FECHA DE INICIO CONTRATO	**2025/01/02**	**FECHA DE TERMINACIÓN CONTRATO:**		**2025/10/31**		
PERIODO OBJETO DE COBRO:	**DEL 2025/08/01 AL 2025/08/31**					
VALOR A PAGAR CORRESPONDIENTE AL PERIODO OBJETO DE COBRO	**$ 2.003.400**					

CAROLINA ROJAS SUAREZ
PS_1988_2025_63B384

NOMBRE Y FIRMA DEL CONTRATISTA:
CAROLINA ROJAS SUAREZ
CC: 52163433
CEL: 3228849458

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			
CAROLINA ROJAS SUAREZ			
	CON C.C N°	**52.163.433**	
OBJETO DEL CONTRATO:	PRESTAR SERVICIOS TECNICOS COMO AUXILIAR DE ENFERMERIA II (AMBULANCIA) PARA DESARROLLAR ACTIVIDADES EN LA DIRECCION DE URGENCIAS DE LA SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E.		
CONTRATO DE PRESTACION DE SERVICIOS PROFESIONALES No.	**PS 1988 2025**	**FECHA INICIO CONTRATO**	**2025/01/02**
VALOR INICIAL DEL CONTRATO	$ 10.684.800	**No. HORAS EJECUTADAS**	**180**
VALOR TOTAL DEL CONTRATO INCLUIDO ADICIONES:	$ 20.801.970	**VALOR DE HONORARIOS PERÍODO A CERTIFICAR:**	$ 2.003.400
PLAZO DEL CONTRATO INCLUYENDO PRORROGAS	DIEZ (10) MESES		
UNIDAD FUNCIONAL DE EJECUCIÓN DE ACTIVIDADES:	HOSPITAL SAN BLAS		
NOMBRE DEL SUPERVISOR:	JOHON JAIRO RODRIGUEZ APONTE		

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	Cumplí las guías, procedimientos y demás documentos que apoyan el proceso de referencia y contra referencia en la Subred Integrada de Servicios De Salud Centro Oriente E.S.E.
2	Recibí en la plataforma del software SIRC las solicitudes de los diferentes hospitales y centros de salud de la subred centro oriente
3	Asistí y participe en las capacitaciones, socializaciones, espacios tecnico-cientificos que se programen desde la entidad
4	Utilice un vestuario acorde a sus actividades contractuales, ya sea, uniforme o un vestuario orientado a su actividad y desempeño
5	Cumplí con las actividades descritas en el manual de referencia de la SISSCO
6	Realice las demás actividades afines al cargo que sean delegadas por el supervisor del contrato.
7	Facilite de acuerdo con las listas de chequeo establecidas la articulación con los diferentes actores de la Subred Integrada De Servicios De Salud Centro Oriente E.S.E. de acuerdo con los niveles de atención y grados de complejidad, buscando racionalizar los recursos para hacer eficientes los servicios.
8	Direccione las ambulancias con la tipología requerida (TAB-TAM) por vía telefónica o por frecuencia de radio en caso de contingencia usar teléfono institucional, comunicando sobre el servicio requerido, unidad de origen hora lugar de la cita y registrar todas las horas correspondientes al traslado.
9	conocí el portafolio de servicios y cumplí la política de seguridad del paciente, reporte evento adverso e incidentes datos que servirán para formula acciones de mejoramiento o planes de mejoramiento
10	Revise el correo institucional las veces que fuese necesario con el objetivo de encontrar información, autorizaciones, provenientes de los diferentes actores que participan en el SGSSS
11	Utilice el teléfono institucional para tramites dentro de la SISSCO, propender por el adecuado uso y tener cargado el equipo todo el tiempo, contenidas en el formato de necesidad de personal que hace parte integral del presente contrato contenidas en el formato de necesidad de personal que hace parte integral del presente contrato
12	Comente los pacientes en trámite de remisión de las diversas IPS, erp y entes de control a nivel nacional con el líder de gobierno clínico o quien determine la especialidad solicitada para posible aceptación o negación. la respuesta generada por el equipo asistencial debe quedar en registrada en el aplicativo SIRC
13	conocí y cumplí con las recomendaciones que la ARL y/o área de seguridad y salud en el trabajo recomienden con ocasión a la realización de su actividad contractual que lo clasifiqué como riesgo 4 o 5. contenidas en el formato de necesidad de personal que hace parte integral del presente contrato.
14	Realice la entrega de turno con registros como estrategia para fortalecer la transición segura de las ordenes de servicios radicadas e informadas o sus pendientes (libro radicador) aplicativo SIRC y/o plataforma Excel
15	Facilite y direccione los traslados de pacientes entre unidades hospitalarias e instituciones distritales o nacionales que componen la red prestadora de servicios de salud, de acuerdo con las condiciones clínicas y administrativas de cada usuario
16	Articule las solicitudes de las unidades que componen la SISSCO y otras IPS externas de manera eficaz, eficiente, oportuna y coordinada
17	Realice seguimiento a las solicitudes de traslados, referencias e interconsultas o apoyo diagnostico o terapéutico de índole hospitalario
18	Solicite los documentos necesarios para los traslados o remisiones.
19	Priorice los despachos de urgencias vitales de acuerdo con el cuadro clínico o diagnóstico, como criterio especial de traslado no requiere aceptación en la unidad destino.
20	Las bitácoras de los pacientes comentados a la SISSCO, deben ser culminadas en el aplicativo SIRC en menos de 24 horas.

21	Realice la notificación del inicio y culminación de actividades a la persona encargada del proceso de referencia por los medios de comunicación establecidos por la entidad
22	recibí y entregue las novedades del subproceso asignado de acuerdo a lo acordado con el supervisor y de conformidad al objeto misional de la entidad

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° 5167334167	OPERADOR:	SOI

CONCEPTO DEL PAGO	ENTIDAD	FECHA DE PAGO	VALOR PAGADO
SALUD:	FAMISANAR	2025/08/14	$ 178.400
PENSIÓN:	COLPENSIONES	2025/08/14	$ 228.300
RIESGOS LABORALES:	SEGUROS BOLIVAR	2025/08/14	$ 34.800
OTRO			
TOTAL PAGADO			$ 441.500

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	*CAROLINA ROJAS SUAREZ* *PS_1988_2025_63B384* **CAROLINA ROJAS SUAREZ** **CC: 52163433**
FIRMA DE QUIEN CONVALIDA EL CUMPLIMIENTO DE LAS OBLIGACIONES PARA EL PRESENTE PERIODO DE PAGO	*JOHON JAIRO RODRIGUEZ APONTE* *PS_1988_2025_63B384* **JOHON JAIRO RODRIGUEZ APONTE** **SUPERVISOR DEL CONTRATO**

PLANILLA INTEGRADA AUTOLIQUIDACIÓN APORTES
COMPROBANTE DE PAGO

DAVIVIENDA

DATOS GENERALES DEL APORTANTE

TIPO IDENTIFICACIÓN:	CÉDULA DE CIUDADANÍA	NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN:	52163433
NOMBRE Ó RAZÓN SOCIAL:			CAROLINA ROJAS SUAREZ
CIUDAD/MUNICIPIO:	BOGOTA DISTRITO CAPITAL	DEPARTAMENTO:	BOGOTA - DISTRITO CAPITAL
DIRECCIÓN:	CALLE 72B N 112A 60	TELÉFONO:	4580949
TIPO APORTANTE:	02-INDEPENDIENTE	CLASE APORTANTE:	I-INDEPENDIENTE
TIPO EMPRESA:	PRIVADA	ACTIVIDAD ECONOMICA:	Otros trabajos de edición.
FORMA DE PRESENTACIÓN:	ÚNICO		
APORTANTE EXONERADO PAGO APORTES SALUD, SENA E ICBF (REFORMA TRIBUTARIA):			NO

DATOS GENERALES DE LA PLANILLA

NÚMERO PLANILLA:	**5167334167**		TIPO DE PLANILLA:		I-INDEPENDIENTES
PERIODO COTIZACIÓN	MES:	julio	PERIODO COTIZACIÓN	MES:	julio
OTROS SUBSISTEMAS:	AÑO:	2025	SALUD:	AÑO:	2025
DÍAS DE MORA:		3			
FECHA PAGO (aaaa/mm/dd):		2025/08/14	NÚMERO AUTORIZACIÓN:		0530669931

NOVEDADES

ING	RET	TDE	TAE	TDP	TAP	COR	VSP	VST	SLN	COM	IGE	LMA	VAC	AVP	VCT	IRP

LIQUIDACIÓN GENERAL

			TOTALES	
			COTIZANTES	TOTAL PAGADO
PENSIÓN				
ADMINISTRADORA				
NIT	CÓDIGO	NOMBRE		
9003360047	25-14	25-14 COLPENSIONES	1	$ 228.300
SUBTOTAL:			1	**$ 228.300**
SALUD				
ADMINISTRADORA				
NIT	CÓDIGO	NOMBRE		
8300035647	EPS017	EPS017-FAMISANAR	1	$ 178.400
SUBTOTAL:			1	**$ 178.400**
RIESGOS PROFESIONALES				
ADMINISTRADORA				
NIT	CÓDIGO	NOMBRE		
8600025032	14-7	14-7-SEGUROS BOLIVAR S.A.	1	$ 34.800
SUBTOTAL:			1	**$ 34.800**

VALOR SIN MORA:	**$ 440.500**
VALOR MORA:	**$ 1.000**
TOTAL PAGADO:	**$ 441.500**

Planilla Pagada