

		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:		JULY CATHERINE VARGAS DIAZ			CC:		1031143855
CORREO ELECTRÓNICO:		yulisita16.92@hotmail.com			TELÉFONO:		3116495916
DIRECCIÓN DOMICILIO:		TV 12H 45F 74 SUR			CIUDAD:		BOGOTA
BANCO AL CUAL CONSIGNAR:		BANCO DE BOGOTA		TIPO DE CUENTA:	AHORROS	N° CUENTA:	208038471
DATOS DEL CONTRATO O ADICION Y PERIODO OBJETO DE PAGO							
N° DEL CONTRATO:		PS 5807 2025	N° CDP:	2547	N°. RP:	0	PLAZO DEL CONTRATO INCLUIDAS PRORROGAS: CINCO (5) MESES
FECHA DE INICIO CONTRATO		2025/06/20	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		\$ 2.500.008					
 JULY CATHERINE VARGAS DIAZ PS_5807_2025_IFDBF9 NOMBRE Y FIRMA DEL CONTRATISTA: JULY CATHERINE VARGAS DIAZ CC: 1031143855 CEL: 3116495916							

		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							
JULY CATHERINE VARGAS DIAZ							
CON C.C N°				1.031.143.855			
OBJETO DEL CONTRATO:		PRESTAR SERVICIOS TECNICOS COMO AUXILIAR DE ENFERMERIA PARA DESARROLLAR ACTIVIDADES EN LA DIRECCION 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 SEGUN RESOLUCION 1499 26-08-2024					
CONTRATO DE PRESTACION DE SERVICIOS PROFESIONALES No.				PS 5807 2025	FECHA INICIO CONTRATO		2025/06/20
VALOR INICIAL DEL CONTRATO		\$ 5.916.686	No. HORAS EJECUTADAS		184		
VALOR TOTAL DEL CONTRATO INCLUIDO ADICIONES:		\$ 10.000.032	VALOR DE HONORARIOS PERÍODO A CERTIFICAR:		\$ 2.500.008		
PLAZO DEL CONTRATO INCLUYENDO PRORROGAS		CINCO (5) MESES					

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	Seguimiento de bases de datos: Se realiza el control y actualización de bases de datos de pacientes crónicos, citologías y gestantes. Este seguimiento incluye verificación de datos personales, revisión de últimas citas, registro de atenciones previas y programación de citas faltantes.		
2	Desinfección de áreas: Al inicio de la jornada se realiza la desinfección de consultorios, utilizando los elementos de protección personal (EPP) y materiales adecuados para la limpieza y bioseguridad.		
3	Toma de signos vitales: Se efectúa la toma de signos vitales a pacientes que asisten a consulta de medicina general, así como a aquellos que tienen control programado en consultorio o en la sala de espera.		
4	Asignación de citas médicas: Se gestionan citas tanto de manera telefónica como presencial, organizando la atención en los consultorios disponibles.		
5	Atención al usuario: Se orienta a los usuarios sobre la ubicación de consultorios, entrega de resultados y órdenes médicas, garantizando un trato cordial y oportuno.		
III. VERIFICACION DE ACTIVIDADES DESARROLLADAS			
SE VERIFICA 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° 1074865557	OPERADOR:	SIMPLE
CONCEPTO DEL PAGO	ENTIDAD	FECHA DE PAGO	VALOR PAGADO
SALUD:	COMPENSAR	2025/08/14	\$ 178.000
PENSIÓN:	PORVENIR	2025/08/14	\$ 227.800
RIESGOS LABORALES:	SURA	2025/08/14	\$ 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 ningún caso el IBC sea menor a 1 SMMLV (de ser el primer pago adjunto certificaciones de afiliación a eps, arl, pensión, 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 periodo correspondiente			
		 JULY CATHERINE VARGAS DIAZ	

NOMBRE Y FIRMA DEL CONTRATISTA	PS_5807_2025_1FDBF9 JULY CATHERINE VARGAS DIAZ CC: 1031143855
FIRMA DE QUIEN CONVALIDA EL CUMPLIMIENTO DE LAS OBLIGACIONES PARA EL PRESENTE PERIODO DE PAGO	 <i>BERTHA SOFIA DIAZ QUEVEDO</i> PS_5807_2025_1FDBF9 BERTHA SOFIA DIAZ QUEVEDO SUPERVISOR DEL CONTRATO