

		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



BERTHA SOFIA DIAZ QUEVEDO

PS_5807_2025_1FDBF9

BERTHA SOFIA DIAZ QUEVEDO
SUPERVISOR DEL CONTRATO

PAGADO 13/08/2025 EN HORARIO EXTENDIDO

I. DATOS DEL APORTANTE

Razón Social	JULY CATHERINE VARGAS DIAZ		
Documento	CC1031143855	Dirección	TV 12H #46 - 76 SUR
Tipo de Empresa	INDEPENDIENTE	Teléfono	3125644724
Tipo Persona	NATURAL	Forma Presentación	ÚNICO
Ciudad	BOGOTA D.C.	Departamento	BOGOTA D.C.
Representante Legal		Identificación	
Total Afiliados	1	ARP	ARL SURA

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	TAE	TDE	TDP	TAP	USP	COR	SVT	SGE	LMA	VAC	AVP	VCT	IRP	Días AFP	Días EPS	Días AFP	Días EPS	Días AFP	Días EPS	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 1031143855	JULY CATHERINE VARGAS DIAZ	59	00																	0	30	30	30	0	(230301) PORVENIR	\$ 1.423.500	\$ 227.800	(EPS008) COMPENSAR EPS	\$ 1.423.500	\$ 178.000	2,436	\$ 1.423.500	\$ 34.700	(NIN-CC) NINGUNA CCF	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 440.500	

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
\$ 1.423.500	\$ 1.423.500	\$ 1.423.500	\$ 0	\$ 227.800	\$ 178.000	\$ 34.700	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 440.500	\$ 0	\$ 440.500