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:	**ANGY GERALDINE GARCIA CRUZ**			**CC:**	**1030702418**
CORREO ELECTRÓNICO:	**GERALC49@GMAIL.COM**			**TELÉFONO:**	**3106797137**
DIRECCIÓN DOMICILIO:	**CL 34 14 00 ESTE BL 33**			**CIUDAD:**	**BOGOTA**
BANCO AL CUAL CONSIGNAR:	**SCOTIABANK COLPATRIA SA**	**TIPO DE CUENTA:**	**AHORROS**	**N° CUENTA:**	**122081025**

DATOS DEL CONTRATO O ADICION Y PERIODO OBJETO DE PAGO						
Nº DEL CONTRATO:	**PS 5703 2025**	**N° CDP:**	**2547**	**N°. RP:**	**0**	**PLAZO DEL CONTRATO INCLUIDAS PRORROGAS: CINCO (5) MESES**
FECHA DE INICIO CONTRATO	**2025/06/10**	**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	**$ 1.902.180**					

ANGY GERALDINE GARCIA CRUZ
PS_5703_2025_76579A

NOMBRE Y FIRMA DEL CONTRATISTA:
ANGY GERALDINE GARCIA CRUZ
CC: 1030702418
CEL: 3106797137

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			
ANGY GERALDINE GARCIA CRUZ			
	CON C.C N°	**1.030.702.418**	
OBJETO DEL CONTRATO:	PRESTAR SERVICIOS TECNICOS COMO AUXILIAR DE ENFERMERIA PARA DESARROLLAR ACTIVIDADES EN LA DIRECCI?N 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 SEG?N RESOLUCION 1499 26-08-2024		
CONTRATO DE PRESTACION DE SERVICIOS PROFESIONALES No.	**PS 5703 2025**	**FECHA INICIO CONTRATO**	**2025/06/10**
VALOR INICIAL DEL CONTRATO	$ 6.750.022	**No. HORAS EJECUTADAS**	**140**
VALOR TOTAL DEL CONTRATO INCLUIDO ADICIONES:	$ 11.576.124	**VALOR DE HONORARIOS PERÍODO A CERTIFICAR:**	$ 1.902.180
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	se realiza la verificación de carne de vacunas de los usuarios abordados y según faltante es notificado para la aplicación de biológicos.
2	Durante el mes de agosto se realizaron un total de 123 caracterizaciones individuales distribuidas en las localidades de LOS MARTIRES, SAN CRISTOBAL , RAFAEL URIBE URIBE, ANTONIO NARIÑO Y SANTA FE
3	Se realiza el cargue de la información en el aplicativo GTAPS, con el objetivo de garantizar las derivaciones correspondientes a los perfiles de Psicología, Enfermería y Medicina, según las necesidades identificadas en cada caso.
4	Este proceso asegura que los profesionales de la salud puedan acceder de manera oportuna a la historia clínica del paciente y realizar el registro adecuado de la atención brindada. De esta forma, se garantiza la continuidad del cuidado, la trazabilidad de las intervenciones y el cumplimiento de los lineamientos legales establecidos en el proceso asistencial.
5	se realiza la verifiacion junto con supervisor sobre el registro realizando en aplicativo GTAPS
6	AUN NO APLICA PARA ESTE PERIODO
7	Se lleva un registro detallado de los pacientes utilizando la plataforma GTAPS, donde se almacena toda la información clínica y administrativa de cada caso. Adicionalmente, se utiliza Google Drive como repositorio complementario para guardar informacion relacionada con los pacientes, asegurando un respaldo seguro y de fácil acceso.
8	Esta doble gestión permite mantener un control ordenado y actualizado, facilitando la consulta rápida y eficiente de los datos necesarios para la atención médica y administrativa. El uso conjunto de GTAPS y Google Drive garantiza la integridad, confidencialidad y disponibilidad de la información de los pacientes.
9	ASISTI AL COMITÉ Y CAPACITACION LINEAMIENTOS DE EQUIPOS BASICOS
10	SE REALIZARON LAS ACTIVIDADES RELACIONADAS CON EL OBJETO CONTRACTUAL Y TODAS AQUELLAS QUE FUERON ASIGNADAS EN ESTE PERIODO ASISTI A LA ACTIVIDAD DE ACOMPAÑAMIENTO TECNICO CON TODO EL EQUIPO MULTIDISIPLINARIO COMO PARTE DEL EQUIPO 13

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° 8823294701	OPERADOR:	SIMPLE

CONCEPTO DEL PAGO	ENTIDAD	FECHA DE PAGO	VALOR PAGADO
SALUD:	FAMISANAR	2025/08/19	$ 177.938
PENSIÓN:	PORVENIR	2025/08/19	$ 227.760
RIESGOS LABORALES:	SURA	2025/08/19	$ 34.677
OTRO			
TOTAL PAGADO			$ 440.375

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	*ANGY GERALDINE GARCIA CRUZ* *PS_5703_2025_76579A* **ANGY GERALDINE GARCIA CRUZ** **CC: 1030702418**
FIRMA DE QUIEN CONVALIDA EL CUMPLIMIENTO DE LAS OBLIGACIONES PARA EL PRESENTE PERIODO DE PAGO	*BERTHA SOFIA DIAZ QUEVEDO* *PS_5703_2025_76579A* **BERTHA SOFIA DIAZ QUEVEDO** **SUPERVISOR DEL CONTRATO**

PAGOSIMPLE | AUTOLIQUIDACION CONSOLIDADA

Fecha creación reporte: 2025-08-19, 12:22:47 AM **Tipo Planilla:** I: PLANILLA INDEPENDIENTES **Numéro Planilla:** 1074092103

Periodo Cotización: julio de 2025 **Periodo Servicio:** julio de 2025 **Referencia pago (PIN):** 8823294701

PAGADO 19/08/2025

I. DATOS DEL APORTANTE

Razón Social	ANGY GERALDINE GARCIA CRUZ		
Documento	CC1030702418	**Dirección**	CL 34 #14 - 00 BLOQUE 33 CASA 6
Tipo de Empresa	INDEPENDIENTE	**Teléfono**	3208274553
Tipo Persona	NATURAL	**Forma Presentación**	ÚNICO
Ciudad	SOACHA	**Departamento**	CUNDINAMARCA
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	TDE	TAE	TDP	TAP	VSP	COR	VST	SLN	IGE	LMA	VAC	AVP	VCT	IRP	Días APP	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 1030702418	ANGY GERALDINE GARCIA CRUZ	59	00																	0	30	30	30	0	(230301) PORVENIR	$ 1.423.500	$ 227.800	(EPS017) FAMISANAR 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	$ 3.700	$ 444.200

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.