

DATOS DEL CONTRATISTA						
FECHA DE DILIGENCIAMIENTO: (30-09-2025)						
NOMBRES Y APELLIDOS:	CARMEN PAOLA ORTIZ PAYARES			CC:	1129565934	
CORREO ELECTRÓNICO:	paholaortizss-2013@hotmail.com			TELÉFONO:	3168284034	
DIRECCIÓN DOMICILIO:	KR 72B 22A 85			CIUDAD:	BOGOTA	
BANCO AL CUAL CONSIGNAR:	BANCO DAVIVIENDA S.A.	TIPO DE CUENTA:	AHORROS	N° CUENTA:	488428304700	
DATOS DEL CONTRATO O ADICION Y PERIODO OBJETO DE PAGO						
N° DEL CONTRATO:	PS 5639 2025	N° CDP:	2547	N°. RP:	0	PLAZO DEL CONTRATO INCLUIDAS PRORROGAS: SIETE (7) MESES
FECHA DE INICIO CONTRATO	2025/04/06	FECHA DE TERMINACIÓN CONTRATO:	2025/10/31			
PERIODO OBJETO DE COBRO:	DEL 2025/09/01 AL 2025/09/30					
VALOR A PAGAR CORRESPONDIENTE AL PERIODO OBJETO DE COBRO	\$ 7.500.024					
 CARMEN PAOLA ORTIZ PAYARES PS_5639_2025_70FE7A NOMBRE Y FIRMA DEL CONTRATISTA: CARMEN PAOLA ORTIZ PAYARES CC: 1129565934 CEL: 3168284034						

CELEBRADO ENTRE LA SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E Y
CARMEN PAOLA ORTIZ PAYARES

CON C.C N°1.129.565.934

OBJETO DEL CONTRATO:PRESTAR SERVICIOS PROFESIONALES COMO MEDICO 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 SERVICIOSPROFESIONALES No.PS 5639 2025FECHA INICIO CONTRATO2025/04/06

VALOR INICIAL DEL CONTRATO\$21.750.070No. HORAS EJECUTADAS184

VALOR TOTAL DEL CONTRATO INCLUIDO ADICIONES:\$34.728.372VALOR DE HONORARIOS PERÍODO A CERTIFICAR:\$7.500.024

PLAZO DEL CONTRATO INCLUYENDO PRORROGASSIETE (7) MESES

UNIDAD FUNCIONAL DE EJECUCIÓN DE ACTIVIDADES:HOSPITAL SANTA CLARA

NOMBRE DEL SUPERVISOR:BERTHA SOFIA DIAZ QUEVEDO

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	14. EN LOS CURSOS DE VIDA IDENTIFICADOS EN LAFAMILIA SE REALIZÓ DEMANDA INDUCIDA A VALORACIÓN INTEGRAL, DETECCIÓN TEMPRANA, Y PROTECCIÓN ESPECÍFICA.
2	13. SE REALIZA PRIORIZACIÓN A MUJERES GESTANTES, NIÑOS MENORES DE CINCO (5) AÑOS, PERSONAS CON ENFERMEDADES CRÓNICAS, ADULTOS MAYORES, PERSONAS EN CONDICIÓN DE DISCAPACIDAD O DEPENDENCIA, Y SUS CUIDADORES, SI NO SE ENCUENTRAN CASA PARA VALORARLOS EN LA ESTRATEGIA DE RUTEO
3	16. SE REALIZA REGISTRO DE MANERA OPORTUNA, COMPLETA, VERAS TODAS LAS ATENCIONES REALIZADAS EN EL APLICATIVO GTAPS DEACUERDO AL PLAN DE CUIDADO FAMILIAR EL CUAL SE REALIZA DE MANERA DIARIA SEGÚN LAS ATENCIONES REALIZA EN TERRITORIO
4	20. SE REALIZAN VALORAICON INTEGRAL POR MEDICINA POR LAS LOCALIDADES DE LA SUBRED CENTROORIENTE RAFEL URIBE URIBE, MARTIRES, SANTA FE, SAN CRISTOBAL, ANTONIO NARIO MEDIANTE TOMAS TERRITORIAS ABORDANDO POBALCION CON NECESIDADES EN SALUD
5	24. SE REALIZAN LAS DEMÁS ACTIVIDADES RELACIONADAS CON EL OBJETO CONTRACTUAL QUE SEAN ASIGNADAS POR EL SUPERVISOR DEL CONTRATO. ESTAS ACTIVIDADES SE EJECUTAN CONFORME A LO ESTABLECIDO EN EL FORMATO DE NECESIDAD DE PERSONAL, QUE FORMA PARTE INTEGRAL DEL CONTRATO, GARANTIZANDO QUE TODAS LAS TAREAS ADICIONALES CONTRIBUYAN AL CUMPLIMIENTO DE LOS OBJETIVOS DEL CONVENIO Y SE DESARROLLEN BAJO CRITERIOS DE EFICIENCIA, RESPONSABILIDAD Y CUMPLIMIENTO DE LOS LINEAMIENTOS INSTITUCIONALES.
6	23. DURANTE EL MES EN EJECUCIÓN, SE ENTREGARON LOS SIGUIENTES PRODUCTOS CONFORME A LO ESTABLECIDO EN LOS LINEAMIENTOS TÉCNICOS -HISTORIA CLÍNICA DILIGENCIADA EN LA PLATAFORMA DINCAMICA, ELABORADA SEGÚN LA VALORACIÓN INDIVIDUAL Y LA PERTINENCIA CLÍNICA DE CADA USUARIO ATENDIDO. -CARGUE DE USUARIOS EN EL APLICATIVO GTAPS, CORRESPONDIENTE A LOS PACIENTES QUE FUERON FACTURADOS DURANTE EL PERIODO EVALUADO. -REGISTRO DIARIO DE PACIENTES EN EL LINK INSTITUCIONAL DESTINADO PARA EL REPORTE DE ATENCIONES REALIZADAS EN LAS TOMAS TERRITORIALES, EN LAS DIFERENTES LOCALIDADES DE LA SUBRED LOCALIDAD RAFAEL URIBE ,SANCRISTOBAL,ANTONIO NARIÑO, SANTAFE Y MARTIRES -NO SE EMITEN ORDENES YA QUE LAS ATENCIONES REALIZADAS FUERON EDUCATIVAS -DURANTE LA EJECUCION DEL MES NO SE REALIZAN CANALIZACIÓN POR SIRC -DURANTE LA EJECUCION DEL MES NO SE REALIZA FICHAS DE NOTIFICACION DE EVENTOS EN INTERES EN SALUD PUBLICA CONFORME A LOS LINEAMIENTOS DE SIVIGILA -PLAN DE CUIDADO FAMILIAR, DISEÑADO EL CUAL ES EL APLICATIVO GTAPS DONDE EL DILIGENCIAMIENTO SE REALIZO SEGÚN NECESIDADES DETECTADAS EN LA CONSULTA RESOLUTIVA, PRIORIZANDO ACCIONES DE PROMOCIÓN, PREVENCIÓN Y SEGUIMIENTO INDIVIDUAL Y FAMILIAR.
7	SE REALIZA ANAMNESIS, TAMIZAJES DE RIESGO CARDIOMETABOLICO, ESCALAS DE DEPENDENCIA FUNCIONAL, ESCALA ABREVIADA DEL DESARROLLO, VALE, VALORACIÓN NUTRICIONAL, CON CANALIZACIONES A LAS DIFERENRES RUTAS INTEGRALES DE SALUD, DESDE LA HISTORIA CLÍNICA

8	DESDE EL PERFIL DE MEDICINA, SE REALIZA EL REGISTRO DE LA INFORMACIÓN DE LA ATENCIÓN BRINDADA EN LA BASE DE DATOS DEFINIDA APLICATIVO GTAPS, GARANTIZANDO LA CALIDAD Y VERACIDAD DEL DATO. ASÍ MISMO, SE DILIGENCIA EL PLAN DE CUIDADO INDIVIDUAL (PCI), CONSIGNANDO LAS RECOMENDACIONES DERIVADAS DE LOS HALLAZGOS ENCONTRADOS DURANTE LA VALORACIÓN Y DE LA CONCERTACIÓN CON EL USUARIO Y/O CUIDADOR, ASEGURANDO ASÍ LA CONTINUIDAD DEL CUIDADO Y EL SEGUIMIENTO EN SALUD		
9	10. SE REALIZA GESTION DE CITAS MEDICAS SOLICITADAS DESDE DINAMICA GERENCIA.		
10	12 LA POBLACIÓN VALORADA DURANTE EL MES FUE TIPIFICADA SEGÚN SU RIESGO O ENFERMEDAD, EN TIPOLOGÍA 4, CON CLASIFICACIÓN DE LA FAMILIA COMO ALTA, EN TIPOLOGÍA 3, CON FAMILIA DE PRIORIDAD MEDIA , TIPOLOGÍA 1 Y 2, FAMILIA CON PRIORIDAD BAJA, SON PACIENTES QUE LLEVAN UN CONTROL REGULAR DE SALUD, CON ALGUNOS RIESGOS DENTRO DE LOS QUE SE ENCUENTRAN EL SOBREPESO Y MALOS HÁBITOS DIETÉTICOS,		
11	SE REALIZÓ CONSULTAS RESOLUTIVAS Y DE ENFERMEDADES CRÓNICAS, HIPERTENSIÓN ARTERIAL, DIABETES MELLITUS TIPO 2, EPOC. CONSULTAS DE VALORACIÓN INTEGRALES POR CURSO DE VIDA CONSOLIDADAS EN DINÁMICA GERENCIAL		
12	DESDE EL PERFIL DE MEDICINA SE IDENTIFICAN LOS PRINCIPALES CAMBIOS EN EL DESARROLLO FÍSICO, EMOCIONAL Y SOCIAL DEL PACIENTE, DE ACUERDO CON SU CURSO DE VIDA.REGISTRADAS EN LA HISTORIA CLINICA ESTA OBSERVACIÓN PERMITE DETECTAR ALTERACIONES TEMPRANAS Y APLICAR INTERVENCIONES DE PROMOCIÓN Y PREVENCIÓN, O REMITIR OPORTUNAMENTE A LOS PROFESIONALES CORRESPONDIENTES		
13	SE BRINDA EDUCACIÓN SOBRE HÁBITOS DE VIDA SALUDABLE DE ACUERDO A LO ENCONTRADO EN CADA PACIENTE,		
14	SE REALIZAR PLAN DE CUIDADO INDIVIDUA, SEGÚN LO IDENTIFICADO EN LA CONSULTA, TRATAMEINTO FARMACOLOGICO Y NO FALMACOLOGICO		
15	SE REALIZA HISTORIAS CLÍNICAS RESOLUTIVA O DE VALORACIÓN INTEGRAL EN SU FORMATO CORRESPONDIENTE EN DINÁMICA GENERENCIAL.		
16	21. EN ESTOS CURSOS DE VIDA SE REALIZÓ DEMANDA INDUCIDA A VALORACIÓN INTEGRAL, DETECCIÓN TEMPRANA, Y PROTECCIÓN ESPECÍFICA.		
17	22. SE ASITIO A COMITES Y/O CAPACITACIONES PROGRAMADAS DURANTE EL MES		
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 (2025-09-01) AL (2025-09-30)			
IV. INFORMACIÓN DE APORTES A SEGURIDAD SOCIAL			
No. DE PLANILLA:	N° 1074890570	OPERADOR:	SIMPLE
CONCEPTO DEL PAGO	ENTIDAD	FECHA DE PAGO	VALOR PAGADO
SALUD:	SANITAS	2025/09/20	\$ 271.000
PENSIÓN:	COLFONDOS	2025/09/20	\$ 346.895
RIESGOS LABORALES:	SURA	2025/09/20	\$ 52.900
OTRO			
TOTAL PAGADO			\$ 670.795
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



CARMEN PAOLA ORTIZ PAYARES

PS_5639_2025_70FE7A

CARMEN PAOLA ORTIZ PAYARES

CC: 1129565934

**FIRMA DE QUIEN CONVALIDA EL CUMPLIMIENTO DE LAS
OBLIGACIONES PARA EL PRESENTE PERIODO DE PAGO**



BERTHA SOFIA DIAZ QUEVEDO

PS_5639_2025_70FE7A

BERTHA SOFIA DIAZ QUEVEDO

SUPERVISOR DEL CONTRATO

PAGADO 19/09/2025 EN HORARIO EXTENDIDO

I. DATOS DEL APORTANTE

Razón Social	CARMEN PAOLA ORTIZ PAYARES		
Documento	CC1129565934	Dirección	CL 38 #0 - 62 PARQUES DE SAN MATEO II
Tipo de Empresa	INDEPENDIENTE	Teléfono	3168284034
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	TAE	TDE	TDP	TAP	USP	COR	USI	IGE	LME	UVA	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 1129565934	CARMEN PAOLA ORTIZ PAYARES	59	00																	0	30	30	30	0		(231001) COLFONDOS	\$ 2.168.000	\$ 346.900	(EPS005) EPS SANITAS	\$ 2.168.000	\$ 271.000	2.436	\$ 2.168.000	\$ 52.900	(NIN-CC) NINGUNA CCF	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 670.800

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
\$ 2.168.000	\$ 2.168.000	\$ 2.168.000	\$ 0	\$ 346.900	\$ 271.000	\$ 52.900	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 670.800	\$ 6.000	\$ 676.800

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!

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

Página 1 de 1

¡El Poder de lo SIMPLE!

Resumen de pago

Descripción de compra

Pago de Seguridad Social

Tienda

SIMPLE OI

Estado de la transacción

Transacción exitosa

Fecha de la transacción

19 de septiembre de 2025 a las 8:30
p. m.

CUS

1790286114

¿Cuánto?

\$ 676.800,00

Factura de comercio

1074890570

Tu plata salió de:



Disponible