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: (30-09-2025)					
NOMBRES Y APELLIDOS:	**ZAIDA LIZETH CELEITA RIOS**			**CC:**	**1030627280**
CORREO ELECTRÓNICO:	**TATAZLCR@HOTMAIL.COM**			**TELÉFONO:**	**3209415645**
DIRECCIÓN DOMICILIO:	**KR 89A 46 45**			**CIUDAD:**	**BOGOTA**
BANCO AL CUAL CONSIGNAR:	**BANCO CAJA SOCIAL**	**TIPO DE CUENTA:**	**AHORROS**	**N° CUENTA:**	**24065893700**

DATOS DEL CONTRATO O ADICION Y PERIODO OBJETO DE PAGO						
Nº DEL CONTRATO:	**PS 5558 2025**	**N° CDP:**	**2547**	**N°. RP:**	**0**	**PLAZO DEL CONTRATO INCLUIDAS PRORROGAS: DIEZ (10) MESES**
FECHA DE INICIO CONTRATO	**2025/01/06**	**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	**$ 6.000.056**					

ZAIDA LIZETH CELEITA RIOS
PS_5558_2025_058855

NOMBRE Y FIRMA DEL CONTRATISTA:
ZAIDA LIZETH CELEITA RIOS
CC: 1030627280
CEL: 3209415645

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			
ZAIDA LIZETH CELEITA RIOS			
	CON C.C N°	**1.030.627.280**	
OBJETO DEL CONTRATO:	PRESTAR SERVICIOS PROFESIONALES COMO ENFERMERO (A) 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 5558 2025**	**FECHA INICIO CONTRATO**	**2025/01/06**
VALOR INICIAL DEL CONTRATO	$ 18.000.168	**No. HORAS EJECUTADAS**	**184**
VALOR TOTAL DEL CONTRATO INCLUIDO ADICIONES:	$ 27.978.522	**VALOR DE HONORARIOS PERÍODO A CERTIFICAR:**	$ 6.000.056
PLAZO DEL CONTRATO INCLUYENDO PRORROGAS	DIEZ (10) 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	9. Establecer la prioridad de la familia: Alta, Media o Baja, según las condiciones clínicas de cada uno de los integrantes.
2	16. Realizar Canalización SIRC (para usuarios de otras EAPB que no tienen contrato vigente con la Subred). Ficha canalizacion SIRC
3	1. Elaborar y concertar, el plan de cuidado por integrante del hogar. Aplicativo GTAPS
4	5. Identificar los principales cambios en el desarrollo. Resolución 3280/2018
5	6. Identificar oportunamente factores de riesgo con el fin de prevenirlos o derivarlos para su manejo oportuno. Resolución 3280/2018
6	2. Entregar al grupo de gestión familiar el reporte de las atenciones realizadas por los profesionales en la herramienta prevista para tal fin. Atender las notificaciones priorizadas por los diferentes perfiles
7	3. Registrar información en la base de datos de atenciones en salud definida por la Subred y diligenciar el Plan de cuidado individual con las recomendaciones definidas según los hallazgos y la concertación. Aplicativo GTAPS
8	4. En caso de identificar eventos de interés en salud pública, realizar la notificación al subsistema correspondiente y notificar al Gestor familiar y/o su equipo de apoyo. Fichas de notificacion de ventos interes salud publica
9	8. Cuando se requiera comunicación telefónicamente con especialistas de la Subred, quienes realizarán una teleasistencia para fortalecer la resolutividad de los profesionales en campo. Agendamiento en tiempo real , para dar cumplimiento a las necesidades del usurio
10	10. En caso de que la familia reporte que alguno de sus integrantes pertenece a población priorizada como mujeres gestantes, niños menores de cinco (5) años, personas con enfermedades crónicas, adultos mayores, personas en condición de discapacidad o dependencia, y sus cuidadores, se debe programar una nueva visita en donde el usuario este presente y reciba la atención en salud por parte del equipo. Seguimientos
11	12. Verificar que todos los usuarios valorados en el hogar hayan recibido las atenciones obligatorias según su curso de vida. En caso de incumplimiento, ordenar o canalizar según corresponda Resolución 3280/2018
12	13. En caso de identificar población sin aseguramiento que cumpla los criterios para afiliación por oficios debe remitir la información al grupo familiar para la gestión de la afiliación de oficio a través del Sistema de Afiliación Transaccional (SAT). HERRAMIENTA ESTUPULADA POR EBS MINISTERIO 13. En caso de identificar población sin aseguramiento que cumpla los criterios para afiliación por oficios debe remitir la información al grupo familiar para la gestión de la afiliación de oficio a través del Sistema de Afiliación Transaccional (SAT). HERRAMIENTA ESTUPULADA POR EBS MINISTERIO
13	15. En caso de encontrar una emergencia en cualquiera de sus visitas, los integrantes del Grupo Base asistirán a quien lo necesite y/o solicitarán apoyo al Centro Regulador de Urgencias y Emergencias - CRUE de la Secretaría Distrital de Salud para remitir a la persona a una Institución Prestadora de Salud IPS que pueda atenderlo. Notificacion inmediata crue, notificacion lider, registro evento en DINAMICA GERENCIAL
14	20. Productos a entregar por el profesional que realiza la intervención: Historia clínica establecida en la SISS, diligenciada, Ordenes médicas (en el caso de que el usuario pertenezca a PNA, capital salud u EAPB que tenga contrato vigente con la Subred), Canalización SIRC (para usuarios de otras EAPB que no tienen contrato vigente con la Subred), Base de datos definida para el convenio, Ficha de Notificación según evento de interés en salud publica identificado y Plan de cuidado familiar. DINAMICA GERENCIAL,APLICATIVO GTAPS,FICHAS NOTIFICACION EVENTOS EN SALUD PUIBLICA, FORMATO CANALIZACION SIRC
15	21. Realizar demás actividades relacionadas con el objeto contractual que asigne el supervisor del contrato bajo el CONVENIO DE EBS DE MINISTERIO DE SALUD Y PROTECCION SOCIAL según resolución 1499 26-08-2024 y todas aquellas que modifiquen y adicionen. "Tomas territoriales CAPS"

16	11. Las actividades se realizaran intramural, extramural y/o administrativas.
17	14 Entregar al grupo de gestión familiar el reporte de las atenciones realizadas por los profesionales en la herramienta prevista para tal fin. DINAMICA GERENCIAL Y APLICATIVO
18	17. Realizar valoraciones Integrales en Jornadas de Salud. Tomas territoriales
19	18. Realizar detección temprana de alteraciones, formulación y educación en salud. RUTA PROMOCION Y MANTENIMIENTO SALUD
20	19. Asistir a capacitaciones, comités y /o convocatorias. ASISTECIA COMITES Y CAPACITACIONES DESIGNADOS POR LA COORDINACION
21	7. Identificar y potenciar capacidades, habilidades y prácticas para promover el cuidado de la salud. Ruta promocion y mantenimiento

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° 1074850448	OPERADOR:	SIMPLE

CONCEPTO DEL PAGO	ENTIDAD	FECHA DE PAGO	VALOR PAGADO
SALUD:	FAMISANAR	2025/09/11	$ 2.971.000
PENSIÓN:	PORVENIR	2025/09/11	$ 3.803.000
RIESGOS LABORALES:	SURA	2025/09/11	$ 57.900
OTRO			
TOTAL PAGADO			$ 6.831.900

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	*ZAIDA LIZETH CELEITA RIOS* *PS_5558_2025_058855* **ZAIDA LIZETH CELEITA RIOS** **CC: 1030627280**
FIRMA DE QUIEN CONVALIDA EL CUMPLIMIENTO DE LAS OBLIGACIONES PARA EL PRESENTE PERIODO DE PAGO	*BERTHA SOFIA DIAZ QUEVEDO* *PS_5558_2025_058855* **BERTHA SOFIA DIAZ QUEVEDO** **SUPERVISOR DEL CONTRATO**

Información de la Planilla Pagada

Nit de comercio Operador de Información	900097333-9
Razón Social del Operador de Información	SIMPLE S.A.
Descripción	Pago de SuAporte
Fecha	2025-09-11, 07:01:57 AM
Periodo de Cotización Otros Riesgos	agosto de 2025
Periodo de Cotización Para Salud	agosto de 2025
Empresa	ZAIDA LIZETH CELEITA RIOS
CEDULA CIUDADANIA	CC 1030627280
Código Sucursal (Nombre)	( )
Referencia de Pago/ Número Planilla	1074850448
Tipo de Planilla	I
Número Transacción Bancaria/ CUS	1768795032
Banco	(1032) - BANCO CAJA SOCIAL
Valor	$ 735.300
Estado de la Transacción	Aprobada
Dirección IP de Origen	172.29.10.57

Nit	Código	Administradora	Número Afiliados	Valor sin Mora	Total Intéreses Mora
N800224808	230301	PORVENIR	1	$ 380.300	$ 0
N830003564	EPS017	FAMISANAR	1	$ 297.100	$ 0
N890903790	14-11	ARL SURA	1	$ 57.900	$ 0
		SubTotales:		$ 735.300	$ 0
		Total a Pagar:			$ 735.300

Líneas de Servicio FonoSIMPLE: Bogotá 601 4446634 - Cali: 602 5540577 - Medellín: 604 5146669 - Bucaramanga: 607 6438000 - Cartagena: 605 6945444 - Pereira: 608 3402582 - Barranquilla: 605 3618850 - Resto del País: 018000 971 971 - ¡Más que Fácil, SIMPLE!

SIMPLE S.A. no se hace responsable de las planillas y pagos realizados a través de otros operadores de información dado que no tiene medios para corroborar la veracidad de la misma, su alcance se limita a replicar la información suministrada directamente por el cliente.

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

¡El Poder de lo SIMPLE!