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:	**YULI CATERINE RUIZ**				**CC:**	**1022981114**
CORREO ELECTRÓNICO:	**KATARUIZ619@GMAIL.COM**				**TELÉFONO:**	**3124200121**
DIRECCIÓN DOMICILIO:	**KR 6 ESTE 81C 92 SUR**				**CIUDAD:**	**BOGOTA**
BANCO AL CUAL CONSIGNAR:	**BANCO AV VILLAS**		**TIPO DE CUENTA:**	**AHORROS**	**N° CUENTA:**	**712726210**
DATOS DEL CONTRATO O ADICION Y PERIODO OBJETO DE PAGO						
Nº DEL CONTRATO:	**PS 6092 2025**	**N° CDP:**	**2547**	**N°. RP:**	**0**	**PLAZO DEL CONTRATO INCLUIDAS PRORROGAS: TRES (3) MESES**
FECHA DE INICIO CONTRATO	**2025/08/01**	**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	**$ 2.336.964**					

YULI CATERINE RUIZ
PS_6092_2025_E7EB8A

NOMBRE Y FIRMA DEL CONTRATISTA:
YULI CATERINE RUIZ
CC: 1022981114
CEL: 3124200121

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			
YULI CATERINE RUIZ			
	CON C.C N°	**1.022.981.114**	
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 6092 2025**	**FECHA INICIO CONTRATO**	**2025/08/01**
VALOR INICIAL DEL CONTRATO	$ 2.500.008	**No. HORAS EJECUTADAS**	**172**
VALOR TOTAL DEL CONTRATO INCLUIDO ADICIONES:	$ 7.500.024	**VALOR DE HONORARIOS PERÍODO A CERTIFICAR:**	$ 2.336.964
PLAZO DEL CONTRATO INCLUYENDO PRORROGAS	TRES (3) 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	Previo a la visita al paciente asignado por ruteo el auxiliar realizará llamada telefónica al usuario o cuidador para confirmar dirección, verificar datos de ubicación y notificar el día y la hora aproximada de la visita de caracterización.
2	Realizo un reporte consolidado diario con los usuarios caracterizados. Allí consignará: Datos básicos del usuario. información recolectada tales como vacunación, antecedentes, signos vitales, apoyos familiares y observaciones de salud y compromisos establecidos.
3	Se realizarán actividades complementarias asignadas por el supervisor del contrato bajo el convenio EBS y la Resolución 1499 de 2024, entre las cuales se incluye el apoyo en jornadas comunitarias de promoción de la salud, el refuerzo de educación en autocuidado durante las visitas en los usuarios, así como la coordinación interinstitucional de acuerdo con las necesidades identificadas en cada usuario caracterizado.
4	Realizo visitas en el barrio San Antonio verificando la frecuencia con la que cada usuario accede a intervenciones o atenciones en salud individual identificando, control médico, odontología, vacunación, citología, tamizajes. Con esta verificación se definirá si la atención corresponde a promoción, prevención o control de enfermedad crónica.
5	Durante la caracterización, se garantiza que cada usuario cuente con su registro en el aplicativo GTASP para activa en el sistema institucional. Posteriormente, el profesional de la salud asignado registrará en el sistema de información los hallazgos y la atención brindada a cada paciente.
6	Realizó confirmacion de la atención realizada al paciente quede correctamente registrada en el aplicativo GTASP. Una vez validada la información, se dará cierre al proceso, evitando duplicidades y garantizando continuidad de cuidado.
7	participo en los comités de cuidado convocados dentro del programa EBS, para retroalimentarse de informacion importate para brindar un servicio de calidad al paciente

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° 1075825733	OPERADOR:	SIMPLE

CONCEPTO DEL PAGO	ENTIDAD	FECHA DE PAGO	VALOR PAGADO
SALUD:	CAPITAL SALUD	2025/09/22	$ 178.000
PENSIÓN:	PORVENIR	2025/09/22	$ 227.800
RIESGOS LABORALES:	POSITIVA	2025/09/22	$ 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 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	*YULI CATERINE RUIZ* *PS_6092_2025_E7EB8A* **YULI CATERINE RUIZ** **CC: 1022981114**
FIRMA DE QUIEN CONVALIDA EL CUMPLIMIENTO DE LAS OBLIGACIONES PARA EL PRESENTE PERIODO DE PAGO	*BERTHA SOFIA DIAZ QUEVEDO* *PS_6092_2025_E7EB8A* **BERTHA SOFIA DIAZ QUEVEDO** **SUPERVISOR DEL CONTRATO**