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:	**LUZ MERY CRUZ JIMENEZ**				**CC:**	**52286476**
CORREO ELECTRÓNICO:	**LUZMERY5227@GMAIL.COM**				**TELÉFONO:**	**3118036949**
DIRECCIÓN DOMICILIO:	**CL 34 ESTE 14 00**				**CIUDAD:**	**BOGOTA**
BANCO AL CUAL CONSIGNAR:	**BANCOLOMBIA**	**TIPO DE CUENTA:**	**AHORROS**		**N° CUENTA:**	**62429214209**
DATOS DEL CONTRATO O ADICION Y PERIODO OBJETO DE PAGO						
Nº DEL CONTRATO:	**PS 5704 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 2025/09/01 AL 2025/09/30**					
VALOR A PAGAR CORRESPONDIENTE AL PERIODO OBJETO DE COBRO	**$ 2.500.008**					

LUZ MERY CRUZ JIMENEZ
PS_5704_2025_F22E64

NOMBRE Y FIRMA DEL CONTRATISTA:
LUZ MERY CRUZ JIMENEZ
CC: 52286476
CEL: 3118036949

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			
LUZ MERY CRUZ JIMENEZ			
	CON C.C N°	**52.286.476**	
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 5704 2025**	**FECHA INICIO CONTRATO**	**2025/06/10**
VALOR INICIAL DEL CONTRATO	$ 6.750.022	**No. HORAS EJECUTADAS**	**184**
VALOR TOTAL DEL CONTRATO INCLUIDO ADICIONES:	$ 11.467.428	**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	Se asistió activamente a los comités de cuidado, aportando en el seguimiento y planificación de estrategias de atención.
2	Se revisó el cumplimiento del esquema de intervenciones y atenciones individuales en salud, de acuerdo con lo establecido en el lineamiento técnico y operativo de la RPMS (Resolución 3280 de 2018), con el propósito de definir el tipo de atención correspondiente a cada usuario se realiza 123 caracterizacionesen la localidad de San cristobal
3	Se verificó el adecuado registro de las atenciones en el aplicativo gtaps y se procedió al cierre formal del proceso.
4	Se efectuó comunicación telefónica con usuarios o cuidadores para confirmar datos de ubicación e informar sobre la programación de la atención domiciliaria.
5	El auxiliar de enfermería llevó un control diario de los usuarios caracterizadosen el aplicativo del gtps , consignando la información correspondiente al proceso.
6	Se garantizó la apertura de la historia clínica en el aplicativo gtaps y se brindó acceso al profesional de la salud correspondiente, quien registró la atención médica en el sistema de información habilitado para tal fin.
7	Se realizó la verificación de antecedentes de vacunación en el aplicativo PAI Web 2.0 de la Secretaría Distrital de Salud, con el fin de determinar los biológicos a aplicar. En caso de no encontrarse registros, se orientó la aplicación de los biológicos con base en la información suministrada por el familiar.
8	Se realizaron las actividades adicionales relacionadas con el objeto contractual, asignadas por el supervisor del contrato en el marco del convenio EBS del Ministerio de Salud y Protección Social, conforme a la Resolución 1499 del 26 de agosto de 2024.

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° 89585523	OPERADOR:	MI PLANILLA

CONCEPTO DEL PAGO	ENTIDAD	FECHA DE PAGO	VALOR PAGADO
SALUD:	COMPENSAR	2025/09/15	$ 178.000
PENSIÓN:	COLPENSIONES	2025/09/15	$ 227.800
RIESGOS LABORALES:	POSITIVA	2025/09/15	$ 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	*LUZ MERY CRUZ JIMENEZ* *PS_5704_2025_F22E64* **LUZ MERY CRUZ JIMENEZ** **CC: 52286476**
FIRMA DE QUIEN CONVALIDA EL CUMPLIMIENTO DE LAS OBLIGACIONES PARA EL PRESENTE PERIODO DE PAGO	*BERTHA SOFIA DIAZ QUEVEDO* *PS_5704_2025_F22E64* **BERTHA SOFIA DIAZ QUEVEDO** **SUPERVISOR DEL CONTRATO**