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:	**IVONNE ELIZABETH PARDO PARRA**				**CC:**	**52208699**
CORREO ELECTRÓNICO:	**ivon_2525@hotmail.com**				**TELÉFONO:**	**3103464128**
DIRECCIÓN DOMICILIO:	**KR 10 78 A 05 SUR**				**CIUDAD:**	**BOGOTA**
BANCO AL CUAL CONSIGNAR:	**BANCO CAJA SOCIAL**		**TIPO DE CUENTA:**	**AHORROS**	**N° CUENTA:**	**24144375073**
DATOS DEL CONTRATO O ADICION Y PERIODO OBJETO DE PAGO						
Nº DEL CONTRATO:	**PS 5518 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	**$ 2.500.008**					

IVONNE ELIZABETH PARDO PARRA
PS_5518_2025_3FF398

NOMBRE Y FIRMA DEL CONTRATISTA:
IVONNE ELIZABETH PARDO PARRA
CC: 52208699
CEL: 3103464128

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			
IVONNE ELIZABETH PARDO PARRA			
	CON C.C N°	**52.208.699**	
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 5518 2025**	**FECHA INICIO CONTRATO**	**2025/01/06**
VALOR INICIAL DEL CONTRATO	$ 7.500.024	**No. HORAS EJECUTADAS**	**184**
VALOR TOTAL DEL CONTRATO INCLUIDO ADICIONES:	$ 11.657.646	**VALOR DE HONORARIOS PERÍODO A CERTIFICAR:**	$ 2.500.008
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	REALIZAR EL DILIGENCIAMIENTO DE FORMATO PLANILLA DE FIRMAS EL CUAL DEBE ESTA COMPLETO CON LOS DATOS BASICOS COMO ENCABEZADO, ZONA, LOCALIDAD, UPZ BARRIO, SECTOR CATRASTAL
2	REGISTRO DE ATENCIONES EN EL APLICATIVO GTAPS Y VERIFICACIÓN DE DATOS DE USUARIOS ATENDIDOS EN TERRITORIO
3	SE REALIZA LA VERIFICACIÓN DE FRECUENCIA DE USO DE LOS SERVICIOS DE SALUD SEGÚN EL ESQUEMA DE INTERVENCIONES INDIVIDUALES EN SALUD. BASADO EN RESOLUCION 3280/2018 INTERVENCIONES INDIVIDUALES EN SALUD DEFINIDAS EN LA RUTA DE PROMOCIÓN Y MANTENIMIENTO DE LA SALUD DE ACUERDO CON EL CICLO DE VIDA DEL USUARIO (NIÑEZ, ADOLESCENCIA, ADULTEZ, VEJEZ).
4	ESTABLECER LA PRIORIDDAD FAMILIAR, INDIVIDUAL, SEGUIMIENTO Y CIERRE DE CASOS EN GTAPS, RESOLUCIÓN 3280 DE 2018 RUTA DE PROMOCIÓN Y MANTENIMIENTO DE LA SALUD (RPMS)
5	NOTIFICACION EN CASOS DE INTERES PUBLICA SEGÚN CORRRESPONDA IDENTIFICACION DE RIESGO
6	SE REALIZAN LAS DEMÁS ACTIVIDADES RELACIONADAS CON EL OBJETO CONTRACTUAL LAS CUALES SON ATENCIONES INTEGRALES BASADAS EN RESOLUCIÓN 3280/2018 DILIGENCIAMIENTO DE FORMATO DE FIRMAS CARGUE DE USUARIOS APLICATIVO GTAPS NOTIFICACIÓN DE EVENTOS DE INTERÉS EN SALUD PUBLICA ATENCIÓN INDIVIDUAL CON CALIDAD SEGÚN CURSO DE VIDA PRIMERA INFANCIA, INFANCIA, ADOLESCENCIA, JUVENTUD ADULTEZ Y VEJES Y GESTANTES REALIZAR LAS DERIVACIONES SEGÚN CORRESPONDA LA NECESIDAD DEL USUARIO LAS CUALES PUEDEN SER VALORACIÓN POR MEDICINA, ENFERMERÍA, PSICOLOGÍA Y TRABAJO SOCIAL ENTRE OTROS 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.
7	ASISITIR A CLOS COMITES DE CUIDADO Y FORTALECIMIENTO MENSUALES, Y CAPACITACIONES PROGRAMADOS EN LA RESOLUCION 1499
	REALIZAR LA VALORACIÓN INTEGRAI IDENTIFICADCION DE FACTORES DE RIESGO INDIVIDUALES Y FAMILIARES, TALES COMO: PRESENCIA DE ENFERMEDADES CRÓNICAS NO TRANSMISIBLES RIESGOS MATERNO-PERINATALES SIGNOS DE VIOLENCIA INTRAFAMILIAR O ABANDONO CONDICIONES DE SALUD MENTAL, DISCAPACIDAD, DE USUARIOS DURANTE LAS INTERVENCIONES EN TERRITORIO O EN INSTITUCIÓN, COMO PARTE DE LA RUTA DE PROMOCIÓN Y MANTENIMIENTO DE LA SALUD (RPMS), EN CUMPLIMIENTO DE LA RESOLUCIÓN 3280 DE 2018.APLICAION INSTRUMENTOS BÁSICOS DE VALORACIÓN, SEGÚN GRUPO ETARIO (NIÑOS, ADULTOS, GESTANTES, PERSONAS MAYORES), OBSERVANDO SIGNOS CLÍNICOS, CONDICIONES DEL ENTORNO Y ASPECTOS SOCIALES RELEVANTES.REALIZAR LA REMISIÓN OPORTUNA AL PROFESIONAL DE ENFERMERÍA , MEDICINA O PSICOLOGIA , SEGÚN LOS HALLAZGOS ENCONTRADOS, DEJANDO EVIDENCIA DEL RIESGO IDENTIFICADO Y DE LA ACCIÓN TOMADA.

REGISTRÉ LA INFORMACIÓN EN EL APLICATIVO INSTITUCIONAL (GTAPS), GARANTIZANDO TRAZABILIDAD, CALIDAD DEL DATO Y FACILITANDO EL SEGUIMIENTO DEL CASO POR EL EQUIPO MULTIDISCIPLINARIO. ESTA ACTIVIDAD CONTRIBUYE A LA DETECCIÓN TEMPRANA DE RIESGOS, INTERVENCIÓN OPORTUNA, Y AL CUMPLIMIENTO DE LAS RUTAS INTEGRALES DE ATENCIÓN EN SALUD, PROMOVIENDO EL ACCESO Y LA CONTINUIDAD DEL CUIDADO.

8	

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° 1075594837	OPERADOR:	SIMPLE

CONCEPTO DEL PAGO	ENTIDAD	FECHA DE PAGO	VALOR PAGADO
SALUD:	SANITAS	2025/09/11	$ 178.000
PENSIÓN:	COLPENSIONES	2025/09/11	$ 227.800
RIESGOS LABORALES:	SURA	2025/09/11	$ 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	*IVONNE ELIZABETH PARDO PARRA* *PS_5518_2025_3FF398* **IVONNE ELIZABETH PARDO PARRA** **CC: 52208699**

FIRMA DE QUIEN CONVALIDA EL CUMPLIMIENTO DE LAS OBLIGACIONES PARA EL PRESENTE PERIODO DE PAGO	 *BERTHA SOFIA DIAZ QUEVEDO* *PS_5518_2025_3FF398* **BERTHA SOFIA DIAZ QUEVEDO** **SUPERVISOR DEL CONTRATO**

PAGOSIMPLE | REPORTE INDIVIDUAL

Fecha creación reporte: 2025-09-11, 03:14:33 PM Tipo Planilla: I: PLANILLA INDEPENDIENTES Número Planilla: 1075594837

Periodo Cotización: agosto de 2025 Periodo Servicio: agosto de 2025

PAGADA 2025-09-11 14:59:07.0

I. DATOS DEL APORTANTE

Razón Social	IVONNE ELIZABETH PARDO PARRA				
Documento	CC52208699	Dirección	CALLE 76C SUR N 14 66 IN 2		
Tipo de Empresa	INDEPENDIENTE	Teléfono	3123173261		
Tipo Persona	NATURAL	Forma Presentación	UNICO	Total Afiliados	1
Ciudad	BOGOTA D.C.	Departamento	BOGOTA D.C.		
Representante Legal		Identificación			

II. DATOS DEL AFILIADO

Documento	CC 52208699		Residente	N	Exonerado	N	Apellidos y Nombres	Código Ciudad-Departamento	Centro de Trabajo	Ubicación Laboral
Tipo Cotizante	57	0					PARDO PARRA IVONNE ELIZABETH	11001000 - 11	000000001	BOGOTA D.C.

III. APORTE POR CADA UNA DE LAS ADMINISTRADORAS ASOCIADAS AL AFILIADO:

Novedades																					Extranjero	Tipo Salario	Salario	Pension							Salud						Riesgos						Caja				Parafiscales			
ING	RET	TDE	TAE	TDP	TAP	VSP	COR	VST	SLN	IGE	LMA	VAC	AVP	VCT	IRP	Días AFP	Días EPS	Días ARP	Días CCF				Código AFP	Código Tras. AFP	Tarifa AFP	IBC	Total Aporte AFP	Total Aporte FSPS	Total Aporte FSP	Código EPS	Código Tras. EPS	Tarifa EPS	IBC EPS	Aporte Salud	Aporte UPC	Código ARL	Clase Riesgo	Tarifa ARL	IBC ARL	Aporte Riesgos	Código CCF	Tarifa CCF	IBC CCF	Aporte Caja	Tarifa SENA	Aporte ICBF	Aporte SENA	Tarifa ICBF
															0	30	30	30	0			$1.423.500	25-14		16 %	$1.423.500	$227.800	$0	$0	EPS005		12.5 %	$1.423.500	$178.000	$0	14-11	3	2.436 %	$1.423.500	$34.700	NIN-CC	0 %	$0	$0	0 %	$0	$0	0 %

IV.TOTALES

Total Aportes Pensión	Total Aportes FSP	Total Aportes FSPS	Total Aportes Salud	Total Aportes Riesgos	Total Aportes Cajas	Total Aportes SENA	Total Aportes ICBF	Total Aportes ESAP	Total Aportes MEN	Total Final
COLPENSIONES	FSP SOLIDARIDAD	FSP SUBSISTENCIA	EPS SANITAS	ARL SURA	NINGUNA CCF	SENA	ICBF	ESAP	MEN	
$227.800	$0	0	$178.000	$34.700	$0	$0	$0	$0	$0	$440.500

**Líneas de Servicio FonoSIMPLE: Bogotá 343 2949 - Cali: 554 0515 - Medellín: 514 66 69 - Bucaramanga: 643 80 00 - Cartagena: 694 54 44 - Pereira: 340 25 82 - Barranquilla: 361 88 50 - 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.

¡El poder de lo Simple!