

		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: 7 FECHA: 2025-06-09	
DATOS DEL CONTRATISTA					
FECHA DE DILIGENCIAMIENTO: (31-10-2025)					
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	VALOR CORRESPONDIENTE AL PERIODO OBJETO DE COBRO		\$ 7.500.024	
FECHA DE INICIO CONTRATO	2025/04/06	FECHA DE TERMINACIÓN CONTRATO:		2025/10/31	
PERIODO OBJETO DE COBRO:	DEL 2025/10/01 AL 2025/10/31				
 CARMEN PAOLA ORTIZ PAYARES PS_5639_2025_C6505B 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	ACTIVIDAD 2 INDENTIFIQUE LOS PRINCIPALES CAMBIOS EN EL DESARROLLO FÍSICO, EMOCIONAL Y SOCIAL EN CADA UNO DE LOS PACIENTES VALORADOS, DE ACUERDO CON SU CURSO DE VIDA
2	ACTIVIDAD 6 REALICE HISTORIAS CLÍNICAS EN SU FORMATO CORRESPONDIENTE ESTANDARIZADO POR LA SUBRED CENTRO ORIENTE
3	ACTIVIDAD 8 REGISTRE LA INFORMACIÓN DE LA ATENCIÓN BRINDADA EN LA BASE DE DATOS DEL APLICATIVO GTAPS DE CADA PACIENTE VALORADO
4	ACTIVIDAD 10 SE REALIZA GESTION DE CITAS MEDICAS SOLICITADAS DESDE DINAMICA GERENCIA.
5	ACTIVIDAD 14 EN LOS CURSOS DE VIDA IDENTIFICADOS EN LAFAMILIA SE REALIZÓ DEMANDA INDUCIDA A VALORACIÓN INTEGRAL, DETECCIÓN TEMPRANA, Y PROTECCIÓN ESPECÍFICA.
6	ACTIVIDAD 3 INDENTIFIQUE OPORTUNAMENTE FACTORES DE RIESGOS EN LOS PACIENTES VALORADOS MEDIANTE LA APLICACIÓN DE LAS ESCALAS DE MEDICION RESPECTIVAS SEGÚN EL CURSO DE VIDA DE CADA PACIENTE
7	ACTIVIDAD 5 REALICE PLANES DE CUIDADO INDIVIDUAL, SEGÚN LO IDENTIFICADO EN LA CONSULTA, ACORDANDO CON LOS PACIENTES TRATAMIENTOS FARMACOLOGICOS Y NO FALMACOLOGICO
8	ACTIVIDAD 4 BRINDE EDUCACIÓN SOBRE HÁBITOS DE VIDA SALUDABLE DE ACUERDO A LO ENCONTRADO EN CADA UNO DE LOS PACIENTES VALORADOS
9	ACTIVIDAD 16 REALICE EL REGISTRO OPORTUNO DE LOS PACIENTES VALORADOS, EN EL LINK DE FACTURACION, EN EL APLICATIVO GTAPS, Y EN DINAMICA GENERENCIAL
10	ACTIVIDAD 21 REALICE DEMANDA INDUCIDA, VALORACIÓN INTEGRAL, DETECCIÓN TEMPRANA, Y PROTECCIÓN ESPECÍFICA SEGÚN EL CURSO DE VIDA A LOS PACIENTES VALORADOS
11	ACTIVIDAD 22 SE ASITIO A COMITES Y/O CAPACITACIONES PROGRAMADAS DURANTE EL MES
12	ACTIVIDAD 24 SE REALIZAN LAS DEMÁS ACTIVIDADES RELACIONADAS CON EL OBJETO CONTRACTUAL QUE SEAN ASIGNADAS POR EL SUPERVISOR DEL CONTRATO
13	ACTIVIDAD 1 REALICE CONSULTAS MEDICAS SEGÚN EL CURSO DE VIDA Y LA PRIORIDAD DE LOS PACIENTES VALORADOS EN FORMATO DE HISTORIA CLINICA RESOLUTIVA, RESOLUTIVA CRONICA O PYD SEGUN CORRESPONDA
14	ACTIVIDAD 12 LA POBLACIÓN QUE VALORE 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 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.
ACTIVIDAD 23 ENTREGUE 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 ESTE PERIODO.	

-REGISTRO DIARIO DE PACIENTES EN EL LINK DE FACTURACION

-PLAN DE CUIDADO FAMILIAR SEGÚN NECESIDADES DETECTADAS EN LA POBLACION VALORADA.

15	
----	--

III. VERIFICACION DE ACTIVIDADES DESARROLLADAS

SE VERIFICA QUE 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 (2025-10-01) AL (2025-10-31)

IV. INFORMACIÓN DE APORTES A SEGURIDAD SOCIAL			
No. DE PLANILLA:	N° 1076514732	OPERADOR:	SIMPLE
CONCEPTO DEL PAGO	ENTIDAD	FECHA DE PAGO	VALOR PAGADO
SALUD:	SANITAS	2025/10/17	\$ 377.500
PENSIÓN:	COLFONDOS	2025/10/17	\$ 483.200
RIESGOS LABORALES:	SURA	2025/10/17	\$ 73.600
OTRO			
TOTAL PAGADO			\$ 934.300

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 ningún 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_C6505B 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_C6505B BERTHA SOFIA DIAZ QUEVEDO SUPERVISOR DEL CONTRATO

PAGADO 17/10/2025

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	UMA	UAP	VCT	IND	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	\$ 3.020.000	\$ 483.200	(EPS005) EPS SANITAS	\$ 3.020.000	\$ 377.500	2,436	\$ 3.020.000	\$ 73.600	(NIN-CC) NINGUNA CCF	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 934.300

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
\$ 3.020.000	\$ 3.020.000	\$ 3.020.000	\$ 0	\$ 483.200	\$ 377.500	\$ 73.600	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 934.300	\$ 5.300	\$ 939.600

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!

Pago PSE

Resultado de su transacción

Destino de pago
SIMPLE 01

Motivo
Pago de Seguridad Social

Fecha
17/10/2025

Valor transacción
\$930.600,00

Número de Aprobación
00429636

Dirección IP
181.49.44.62

Costo de la transacción
\$ 0.00 IVA incluido

Referencia 1
172.29.10.57

Referencia 2
CC

Referencia 3
1129565934

Esta transacción estará sujeta a verificación

Terminar

Generar PDF

Id de pago	Número de factura	Fecha de emisión	Fecha de recepción	Valor total de la factura	Estado
No existen resultados que cumplan con los criterios de búsqueda especificados					

	Descripción	Nombre del archivo	Cargado por		
☐	1 PS 5639 2025 CRP-17280.pdf	1 PS 5639 2025 CRP-17280.pdf	Comprador	Descargar	Detalle
☐	PS_5639_2025_CUENTA DE COBRO JUNIO 2025..pdf	PS_5639_2025_CUENTA DE COBRO JUNIO 2025..pdf	Proveedor	Descargar	Detalle
☐	PS 5639 2025 CUENTA DE COBRO JUNIO 2025..pdf	PS 5639 2025 CUENTA DE COBRO JUNIO 2025..pdf	Proveedor	Descargar	Detalle
☐	PS 5639 2025 CUENTA DE COBRO JULIO 2025..pdf	PS 5639 2025 CUENTA DE COBRO JULIO 2025..pdf	Proveedor	Descargar	Detalle
☐	PS 5639 2025 CUENTA DE COBRO AGOSTO.pdf	PS 5639 2025 CUENTA DE COBRO AGOSTO.pdf	Proveedor	Descargar	Detalle
☐	PS 5639 2025 CUENTA DE COBRO SEPTIEMBRE 2025..pdf	PS 5639 2025 CUENTA DE COBRO SEPTIEMBRE 2025..pdf	Proveedor	Descargar	Detalle

Borrar Cargar nuevo

Cancelar

< Evaluación de la Entidad Estatal >