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:	**MARIA DE LA CRUZ TERAN ALVAREZ**			**CC:**	**36623914**
CORREO ELECTRÓNICO:	**MARYTERAN1209@GMAIL.COM**			**TELÉFONO:**	**3015685589**
DIRECCIÓN DOMICILIO:	**TV 58 75 SUR 09**			**CIUDAD:**	**BOGOTA**
BANCO AL CUAL CONSIGNAR:	**BANCO DAVIVIENDA S.A.**	**TIPO DE CUENTA:**	**AHORROS**	**N° CUENTA:**	**004870221688**

DATOS DEL CONTRATO O ADICION Y PERIODO OBJETO DE PAGO						
Nº DEL CONTRATO:	**PS 5607 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**					

MARIA DE LA CRUZ TERAN ALVAREZ
PS_5607_2025_1C2612

NOMBRE Y FIRMA DEL CONTRATISTA:
MARIA DE LA CRUZ TERAN ALVAREZ
CC: 36623914
CEL: 3015685589

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			
MARIA DE LA CRUZ TERAN ALVAREZ			
	CON C.C N°	**36.623.914**	
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 5607 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	IDENTIFICAR OPORTUNAMENTE FACTORES DE RIESGO CON EL FIN DE PREVENIRLOS O DERIVARLOS PARA SU MANEJO OPORTUNO: DETECCIÓN TEMPRANA DE FACTORES DE RIESGOS PRESENTES EN CADA INDIVIDUO VALORADO Y DISEÑO DEL PLAN DE CUIDADO ACORDE AL RIESGO DETECTADO Y SU DERIVACIÓN OPORTUNA PARA EL MANEJO MÉDICO CORRESPONDIENTE.
2	IDENTIFICAR Y POTENCIAR CAPACIDADES, HABILIDADES Y PRÁCTICAS PARA PROMOVER EL CUIDADO DE LA SALUD: DISEÑO DEL PLAN DE CUIDADO INDIVIDUAL ACORDE A LOS RIESGOS IDENTIFICADOS EN CADA PACIENTE, HACIENDO ESTOS DE LA FORMA MÁS SENCILLA DE ENTENDER Y FACILITANDO SU ADECUADA APLICACIÓN.
3	ESTABLECER LA PRIORIDAD DE LA FAMILIA: ALTA, MEDIA O BAJA, SEGÚN LAS CONDICIONES CLÍNICAS DE CADA UNO DE LOS INTEGRANTES: EN CADA INTERVENCIÓN, SE REALIZA VALORACIÓN DE LOS ANTECEDENTES MÉDICOS, QUIRÚRGICOS, OBSTÉTRICOS, ADHERENCIA A TRATAMIENTOS Y CONTROLES MÉDICOS, A FIN DE ESTABLECER UNA PRIORIDAD PRECISA EN LA DERIVACIÓN DEL USUARIO.
4	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: SE REALIZÓ NUEVAMENTE INTERVENCIÓN A LOS DOMICILIOS QUE EN UNA PRIMERA INTERVENCIÓN REPORTARON INTEGRANTES PERTENECIENTES A POBLACIÓN PRIORIZADA, LOGRANDO LA CAPTACIÓN EXITOSA DE ESTOS INDIVIDUOS.
5	VERIFICAR PARA TODOS LOS USUARIOS VALORADOS EN EL HOGAR QUE HAYAN ACUDIDO A TODAS LAS ATENCIONES DEFINIDAS EN EL CURSO DE VIDA POR LA RESOLUCIÓN 3280 DE 2018 EN EL CASO CONTRARIO, ORDENAR O CANALIZAR: MEDIANTE LA VALORACIÓN DE CADA INDIVIDUO SE PUDO ESTABLECER QUE ACTIVIDADES DE ATENCIONES DEFINIDAS EN EL CURSO DE VIDA POR LA RESOLUCIÓN 3280 DE 2018, NO SE HABÍAN LLEVADO A CABO Y POR CONSIGUIENTE SE CANALIZA AL USUARIO PARA LA REALIZACIÓN DE LAS MISMA.
6	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): SE BRINDÓ ASESORÍA GENERAL SOBRE ACCIONES PERTINENTES EN CASO DE TENER DENTRO DEL NÚCLEO FAMILIAR O CONOCIDOS CON PROBLEMAS DE AFILIACIÓN.
7	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: REGISTRO DE INFORMACIÓN EN CADA UNA DE LA BASES DE ATENCIÓN EN SALUD, DISPUESTAS PARA TAL FIN, CON EL RESPECTIVO DISEÑO DEL PLAN DE CUIDADO POR INDIVIDUO, EN LA INTERVENCIÓN DE CADA DOMICILIO.
	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: VERIFICAR DENTRO DE CADA DOMICILIO INTERVENIDO LA PRESENCIA DE EVENTOS DE INTERÉS EN SALUD PÚBLICA, A FIN DE REALIZAR LA NOTIFICACIÓN INMEDIATA DEL CASO DETECTADO Y SE REALICE LA RESPECTIVA INTERVENCIÓN,

ATENDIENDO LOS LINEAMIENTOS REGULADORES.

8	
9	ELABORAR Y CONCERTAR, EL PLAN DE CUIDADO POR INTEGRANTE DEL HOGAR: SE HIZO ENTREGA DE PLAN DE CUIDADO ACORDE A LAS NECESIDADES INDIVIDUALES Y SEGÚN EL GRUPO ETARIO PERTENECIENTE.
10	ENTREGAR AL GRUPO DE GESTIÓN FAMILIAR EL REPORTE DE LAS ATENCIONES REALIZADAS POR LOS PROFESIONALES EN LA HERRAMIENTA PREVISTA PARA TAL FIN: SE REALIZÓ EL CARGUE AL LINK DE FROMS DE LOS PACIENTES AGENDADOS Y VALORADOS EN SUS DOMICILIOS, LOS CUALES ESTABAN DISPUESTOS EN EL LINK DE AGENDAMIENTO.

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° 1074843787	OPERADOR:	SIMPLE
CONCEPTO DEL PAGO	ENTIDAD	FECHA DE PAGO	VALOR PAGADO
SALUD:	COMPENSAR	2025/09/05	$ 300.100
PENSIÓN:	COLPENSIONES	2025/09/05	$ 384.100
RIESGOS LABORALES:	SURA	2025/09/05	$ 58.500
OTRO			
TOTAL PAGADO			$ 742.700

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	*MARIA DE LA CRUZ TERAN ALVAREZ* *PS_5607_2025_1C2612* **MARIA DE LA CRUZ TERAN ALVAREZ** **CC: 36623914**
FIRMA DE QUIEN CONVALIDA EL CUMPLIMIENTO DE LAS OBLIGACIONES PARA EL PRESENTE PERIODO DE PAGO	*BERTHA SOFIA DIAZ QUEVEDO* *PS_5607_2025_1C2612* **BERTHA SOFIA DIAZ QUEVEDO** **SUPERVISOR DEL CONTRATO**

PAGOSIMPLE | AUTOLIQUIDACION CONSOLIDADA

Fecha creación reporte: 2025-09-05, 10:02:03 AM **Tipo Planilla:** I: PLANILLA INDEPENDIENTES **Numéro Planilla:** 1074843787

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

PAGADO 05/09/2025

I. DATOS DEL APORTANTE

Razón Social	MARIA DE LA CRUZ TERAN ALVAREZ		
Documento	CC36623914	**Dirección**	DG 45 SUR N 22 45
Tipo de Empresa	INDEPENDIENTE	**Teléfono**	3015685589
Tipo Persona	NATURAL	**Forma Presentación**	ÚNICO
Ciudad	BOGOTA D.C.	**Departamento**	BOGOTA D.C.
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	TDE	TAE	TDP	TAP	VSP	COR	VST	SLN	IGE	LMA	VAC	AVP	VCT	IRP	Días APP	Días EPS	Días ARP	Días CCF	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 36623914	MARIA DE LA CRUZ TERAN ALVAREZ	59	00																	0	30	30	30	0	(25-14) COLPENSIONES	$ 2.400.100	$ 384.100	(EPS008) COMPENSAR EPS	$ 2.400.100	$ 300.100	2,436	$ 2.400.100	$ 58.500	(NIN-CC) NINGUNA CCF	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 742.700

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
$ 2.400.100	$ 2.400.100	$ 2.400.100	$ 0	$ 384.100	$ 300.100	$ 58.500	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 742.700	$ 1.000	$ 743.700

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!

¡El Poder de lo SIMPLE!

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