**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:** | **DINA LUZ BROCHERO PEDROZO** | | | **CC:** | **1140873865** |
| **CORREO ELECTRÓNICO:** | **dinapb49@hotmail.com** | | | **TELÉFONO:** | **3004415282** |
| **DIRECCIÓN DOMICILIO:** | **KR 67 57V 09 SUR** | | | **CIUDAD:** | **BOGOTA** |
| **BANCO AL CUAL CONSIGNAR:** | **BANCO AV VILLAS** | **TIPO DE CUENTA:** | **AHORROS** | **N° CUENTA:** | **545966496** |
| **DATOS DEL CONTRATO O ADICION Y PERIODO OBJETO DE PAGO** | | | | | |
| **Nº DEL CONTRATO:** | **PS 6266 2025** | **VALOR CORRESPONDIENTE AL PERIODO OBJETO DE COBRO** | | | **$ 7.500.024** |
| **FECHA DE INICIO CONTRATO** | **2025/09/10** | **FECHA DE TERMINACIÓN CONTRATO:** | | | **2025/10/31** |
| **PERIODO OBJETO DE COBRO:** | **DEL 2025/10/01 AL 2025/10/31** | | | | |

*DINA LUZ BROCHERO PEDROZO*
*PS_6266_2025_6BCCB5*

**NOMBRE Y FIRMA DEL CONTRATISTA:**
**DINA LUZ BROCHERO PEDROZO**
**CC: 1140873865**
**CEL: 3004415282**

| | | |
|---|---|---|
| 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**<br>**APOYO - GESTION DE CONTRATACIÓN**<br>**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**<br>**VERSIÓN: 2**<br>**FECHA: 2025-06-09** |

| | | | |
|---|---|---|---|
| **CELEBRADO ENTRE LA SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E Y** | | | |
| **DINA LUZ BROCHERO PEDROZO** | | | |
| | **CON C.C N°** | **1.140.873.865** | |
| **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. - RESOLUCION 1499 26-08-2024 EBS DE MINISTERIO DE SALUD Y PROTECCION SOCIAL | | |
| **CONTRATO DE PRESTACION DE SERVICIOS PROFESIONALES No.** | **PS 6266 2025** | **FECHA INICIO CONTRATO** | **2025/09/10** |
| **VALOR INICIAL DEL CONTRATO** | $ 12.750.041 | **No. HORAS EJECUTADAS** | **184** |
| **VALOR TOTAL DEL CONTRATO INCLUIDO ADICIONES:** | $ 12.750.041 | **VALOR DE HONORARIOS PERÍODO A CERTIFICAR:** | $ 7.500.024 |
| **PLAZO DEL CONTRATO INCLUYENDO PRORROGAS** | UN (01) MES Y VEINTIUN (21) DIAS | | |
| **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 | Priorización y Cierre de Casos Familiares<br>Identificar la prioridad de la familia (alta, media o baja) según las condiciones clínicas de cada uno de los integrantes, realizando la debida atención médica de acuerdo con la prioridad asignada. |
| 2 | Reporte y Consolidación de Atenciones<br>Entregar al grupo de gestión familiar el reporte de las atenciones realizadas por los profesionales en la herramienta prevista para tal fin, mediante el cargue en el aplicativo GTAPS se realiza el cargue de las atenciones realizadas, esta acción permite consolidar la información, garantizar la articulación con el equipo interdisciplinario y facilitar el seguimiento de las intervenciones realizadas individuales. |
| 3 | Gestión y Caracterización de Usuarios<br>Llevar el registro de usuarios caracterizados garantizando el cumplimiento de criterios de calidad, oportunidad y pertinencia según los estándares. |
| 4 | Coordinación y Seguimiento de Citas<br>Realizar contacto telefónico con el usuario o cuidador para recordarles el día y hora de la cita asignada para consulta en el CAPS según sea necesario. |
| 5 | Desarrollo Profesional y Comités<br>Asistir a capacitaciones de la Ruta Integral de la Salud, comités y/o convocatorias. Con el fin de retroalimentar el conocimientos y los nuevos ajustes realizados y las mejoras a futuro. |
| 6 | Vigilancia Epidemiológica y Notificación<br>Realizar notificación de eventos de interés de salud pública SIVIGILA. Teniendo en cuenta la población sus riesgos complicaciones y eventos de notificación inmediata para el abordaje eficaz. |
| 7 | Valoración Integral en Jornadas de Salud<br>Ejecutar Valoraciones Integrales Médicas durante las jornadas de salud extramurales en las localidades de la Subred Centro Oriente, incluyendo San Cristóbal. |

**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° 81178051 | OPERADOR: | ENLACE OPERATIVO |
|---|---|---|---|

| CONCEPTO DEL PAGO | ENTIDAD | FECHA DE PAGO | VALOR PAGADO |
|---|---|---|---|
| SALUD: | SANITAS | 2025/12/18 | $ 235.000 |
| PENSIÓN: | COLFONDOS | 2025/12/18 | $ 300.800 |
| RIESGOS LABORALES: | SURA | 2025/12/18 | $ 45.800 |
| OTRO | | | |
| TOTAL PAGADO | | | $ 581.600 |

## 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** | *DINA LUZ BROCHERO PEDROZO*<br>*PS_6266_2025_6BCCB5*<br>**DINA LUZ BROCHERO PEDROZO**<br>**CC: 1140873865** |
| **FIRMA DE QUIEN CONVALIDA EL CUMPLIMIENTO DE LAS OBLIGACIONES PARA EL PRESENTE PERIODO DE PAGO** | **BERTHA SOFIA DIAZ QUEVEDO**<br>**SUPERVISOR DEL CONTRATO** |

# SuAporte | AUTOLIQUIDACION CONSOLIDADA

**Fecha creación reporte:** 2025-10-18, 02:45:11 PM **Tipo Planilla:** I: PLANILLA INDEPENDIENTES **Numéro Planilla:** 81178051

**Periodo Cotización:** septiembre de 2025 **Periodo Servicio:** septiembre de 2025

## PAGADO 18/10/2025 EN HORARIO EXTENDIDO

### I. DATOS DEL APORTANTE

| | | | |
|---|---|---|---|
| **Razón Social** | DINA LUZ BROCHERO PEDROZO | | |
| **Documento** | CC1140873865 | **Dirección** | CR 67 SUR #57 V - 09 RESERVA DE MADELENA |
| **Tipo de Empresa** | INDEPENDIENTE | **Teléfono** | 3000000 |
| **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 AFP | 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 1140873865 | DINA LUZ BROCHERO PEDROZO | 59 | 00 | | | | | | | | | | | | | | | | | 0 | 30 | 30 | 30 | 0 | (231001) COLFONDOS | $ 1.880.000 | $ 300.800 | (EPS005) EPS SANITAS | $ 1.880.000 | $ 235.000 | 2,436 | $ 1.880.000 | $ 45.800 | (NIN-CC) NINGUNA CCF | $ 0 | $ 0 | $ 0 | $ 0 | $ 0 | $ 0 | $ 581.600 |

### 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 |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| $ 1.880.000 | $ 1.880.000 | $ 1.880.000 | $ 0 | $ 300.800 | $ 235.000 | $ 45.800 | $ 0 | $ 0 | $ 0 | $ 0 | $ 0 | $ 0 | $ 0 | $ 581.600 | $ 300 | $ 581.900 |



Enlace Operativo, Línea Expertos en PILA: Barranquilla: 385 24 44 - Bogotá: 485 4485 - Bucaramanga: 697 87 27 - Cali: 485 9444 - Cartagena: 693 77 27 - Pereira: 340 13 27 - Manizales: 892 80 27 - Medellín: 604 2727 - Desde otras ciudades: 018000 51 99 77.

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