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:	**NURY ANDREA MURILLO CUARTAS**			**CC:**	**1013633743**
CORREO ELECTRÓNICO:	**NAMURILLO92@gmail.com**			**TELÉFONO:**	**3204087613**
DIRECCIÓN DOMICILIO:	**KR 53B BIS 5B 16**			**CIUDAD:**	**BOGOTA**
BANCO AL CUAL CONSIGNAR:	**SCOTIABANK COLPATRIA SA**	**TIPO DE CUENTA:**	**AHORROS**	**N° CUENTA:**	**4312020132**
DATOS DEL CONTRATO O ADICION Y PERIODO OBJETO DE PAGO					
Nº DEL CONTRATO:	**PS 1429 2025**	**VALOR CORRESPONDIENTE AL PERIODO OBJETO DE COBRO**			**$ 3.709.728**
FECHA DE INICIO CONTRATO	**2025/01/01**	**FECHA DE TERMINACIÓN CONTRATO:**			**2025/09/01**
PERIODO OBJETO DE COBRO:	**DEL 2025/10/01 AL 2025/10/31**				

NURY ANDREA MURILLO CUARTAS
PS_1429_2025_67A6DA

NOMBRE Y FIRMA DEL CONTRATISTA:
NURY ANDREA MURILLO CUARTAS
CC: 1013633743
CEL: 3204087613

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			
NURY ANDREA MURILLO CUARTAS			
	CON C.C N°	**1.013.633.743**	
OBJETO DEL CONTRATO:	PRESTAR SERVICIOS PROFESIONALES COMO PSICOLOGO (A) PARA DESARROLLAR ACTIVIDADES EN LA OFICINA DE PARTICIPACION COMUNITARIA Y SERVICIO AL CIUDADANO DE LA SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E.		
CONTRATO DE PRESTACION DE SERVICIOS PROFESIONALES No.	**PS 1429 2025**	**FECHA INICIO CONTRATO**	**2025/01/01**
VALOR INICIAL DEL CONTRATO	$ 14.838.912	**No. HORAS EJECUTADAS**	**198**
VALOR TOTAL DEL CONTRATO INCLUIDO ADICIONES:	$ 37.097.280	**VALOR DE HONORARIOS PERÍODO A CERTIFICAR:**	$ 3.709.728
PLAZO DEL CONTRATO INCLUYENDO PRORROGAS	NUEVE (9) MESES		
UNIDAD FUNCIONAL DE EJECUCIÓN DE ACTIVIDADES:	HOSPITAL JORGE ELIECER GAITAN		
NOMBRE DEL SUPERVISOR:	SHIRLEY JANNETH TORRES RODRÍGUEZ		

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	Registro de notas hospitalaria y evolución de historia clínica en DINÁMICA donde se soporta la intervención realizada con cada paciente y/o sus familiares.
2	Registro de asistencia de aproximadamente 15 colaboradores, sobre temáticas relacionadas con la oficina de participación comunitaria y servicio al ciudadano. Así como aproximadamente 15 colaboradores en temáticas relacionadas con temáticas del eje de humanización
3	Abordaje a pacientes de acuerdo a las necesidades presentadas por los mismos y/o sus acompañantes llevando a cabo aproximadamente 70 abordajes que incluyen contención emocional, primeros auxilios psicológicos, atención en duelos, entre otros.
4	Atención a familiares en casos de eventos adversos y/o cambios en la salud de los usuarios que requirieron apoyo por parte del personal de psicología según necesidad de los servicios, registrando la intervención en DINAMICA.
5	Inscripción oportuna a procesos de formación informal (cursos, capacitaciones, etc) articulados con la oficina de participación comunitaria y servicio al ciudadano. Así como el envío de soportes de la correspondiente participación
6	Participar activamente en las estrategias y actividades realizadas por parte de la Oficina de Participación Comunitaria y Servicio al Ciudadano.
7	Dar uso adecuado de las historias clínicas garantizando la reserva y confidencialidad de la información.
8	Actas de acompañamiento a las fundaciones y soportes en historia clínica a través de DINÁMICA en el abordaje a pacientes y acompañantes
9	Uso diario de carnet institucional y elementos de bioseguridad proporcionados por la Subred Centro Oriente ESE.
10	Soporte a través de DINÁMICA, actas, registro fotográfico de acuerdo a la naturaleza de las actividades realizadas
11	Desarrollo de las actividades asignadas dentro de la Oficina de Participación de acuerdo con el rol de psicología que requieran acompañamiento específico, con el soporte respectivo con según el tipo de actividad.

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° 1075598073	OPERADOR:	SIMPLE

CONCEPTO DEL PAGO	ENTIDAD	FECHA DE PAGO	VALOR PAGADO
SALUD:	SALUD TOTAL	2025/10/15	$ 185.500
PENSIÓN:	PORVENIR	2025/10/15	$ 237.500
RIESGOS LABORALES:	SEGUROS BOLIVAR	2025/10/15	$ 36.200
OTRO			
TOTAL PAGADO			$ 459.200

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	*NURY ANDREA MURILLO CUARTAS* *PS_1429_2025_67A6DA* **NURY ANDREA MURILLO CUARTAS** **CC: 1013633743**
FIRMA DE QUIEN VALIDA	*MARÍA FERNANDA NIETO RAMÍREZ* *PS_1429_2025_67A6DA* **MARÍA FERNANDA NIETO RAMÍREZ** **SUPERVISOR ALTERNO**
FIRMA DE QUIEN CONVALIDA EL CUMPLIMIENTO DE LAS OBLIGACIONES PARA EL PRESENTE PERIODO DE PAGO	*SHIRLEY JANNETH TORRES RODRÍGUEZ* *PS_1429_2025_67A6DA* **SHIRLEY JANNETH TORRES RODRÍGUEZ** **SUPERVISOR DEL CONTRATO**

PAGOSIMPLE | AUTOLIQUIDACION CONSOLIDADA

Fecha creación reporte: 2025-09-11, 04:26:40 PM **Tipo Planilla:** I: PLANILLA INDEPENDIENTES **Numéro Planilla:** 1074865548

Periodo Cotización: agosto de 2025 **Periodo Servicio:** agosto de 2025 **Referencia pago (PIN):** 8810450897

PAGADO 11/09/2025

I. DATOS DEL APORTANTE

Razón Social	NURY ANDREA MURILLO CUARTAS		
Documento	CC1013633743	**Dirección**	CR 12BIS #26 - 28 SUR
Tipo de Empresa	INDEPENDIENTE	**Teléfono**	3204087613
Tipo Persona	NATURAL	**Forma Presentación**	ÚNICO
Ciudad	BOGOTA D.C.	**Departamento**	BOGOTA D.C.
Representante Legal		**Identificación**	
Total Afiliados	1	**ARP**	SEGUROS BOLIVAR

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 1013633743	NURY ANDREA MURILLO CUARTAS	59	00																	0	30	30	30	30	(230301) PORVENIR	$ 1.483.891	$ 237.500	(EPS002) SALUD TOTAL EPS	$ 1.483.891	$ 185.500	2,436	$ 1.483.891	$ 36.200	(CCF24) COMPENSAR CCF	$ 1.483.891	$ 29.700	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 488.900

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
$ 1.483.891	$ 1.483.891	$ 1.483.891	$ 1.483.891	$ 237.500	$ 185.500	$ 36.200	$ 29.700	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 488.900	$ 600	$ 489.500

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.