

DATOS DEL CONTRATISTA					
FECHA DE DILIGENCIAMIENTO: (31-10-2025)					
NOMBRES Y APELLIDOS:	JULY CATHERINE VARGAS DIAZ			CC:	1031143855
CORREO ELECTRÓNICO:	yulisita16.92@hotmail.com			TELÉFONO:	3116495916
DIRECCIÓN DOMICILIO:	TV 12H 45F 74 SUR			CIUDAD:	BOGOTA
BANCO AL CUAL CONSIGNAR:	BANCO DE BOGOTA	TIPO DE CUENTA:	AHORROS	N° CUENTA:	208038471
DATOS DEL CONTRATO O ADICION Y PERIODO OBJETO DE PAGO					
N° DEL CONTRATO:	PS 5807 2025	VALOR CORRESPONDIENTE AL PERIODO OBJETO DE COBRO		\$ 2.500.008	
FECHA DE INICIO CONTRATO	2025/06/20	FECHA DE TERMINACIÓN CONTRATO:		2025/10/31	
PERIODO OBJETO DE COBRO:	DEL 2025/10/01 AL 2025/10/31				
 JULY CATHERINE VARGAS DIAZ PS_5807_2025_26D7F3 NOMBRE Y FIRMA DEL CONTRATISTA: JULY CATHERINE VARGAS DIAZ CC: 1031143855 CEL: 3116495916					

CELEBRADO ENTRE LA SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E Y
JULY CATHERINE VARGAS DIAZ

CON C.C N° 1.031.143.855

OBJETO DEL CONTRATO:	PRESTAR SERVICIOS TECNICOS COMO AUXILIAR DE ENFERMERIA 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 SERVICIOS PROFESIONALES No.	PS 5807 2025	FECHA INICIO CONTRATO	2025/06/20
VALOR INICIAL DEL CONTRATO	\$ 5.916.686	No. HORAS EJECUTADAS	184
VALOR TOTAL DEL CONTRATO INCLUIDO ADICIONES:	\$ 10.000.032	VALOR DE HONORARIOS PERÍODO A CERTIFICAR:	\$ 2.500.008
PLAZO DEL CONTRATO INCLUYENDO PRORROGAS	CINCO (5) 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	1. Verificación de frecuencia de uso según el esquema de intervenciones/atenciones en salud individuales definido en el lineamiento técnico y operativo de la RPMS (Resolución 3280-2018), con el fin de definir el tipo dVerificación de la frecuencia de uso según el esquema de intervenciones y atenciones en salud individuales definidas en el lineamiento técnico y operativo de la Resolución 3280-2018, con el objetivo de establecer el tipo de atención que corresponde a cada usuario atendido en el CAPS . Esta actividad se llevará a cabo mediante la revisión periódica de los registros de atención de los usuarios en la base de datos interna del centro, garantizando el cumplimiento de los protocolos establecidos por la resolución y adaptando las intervenciones a las necesidades particulares de los pacientes intramurales.e atención que le corresponde a cada usuario.
2	2. Garantizar la apertura de la historia clínica en el aplicativo Dinamica Gerencial y el aplicativo GTAPS de la SDS. Garantizar la apertura de la historia clínica en el aplicativo Dinámica Gerencial, asegurando que la información de los usuarios atendidos en el CAPS sea registrada de acuerdo con los procedimientos internos del centro
3	3. Establecer la prioridad de la familia: Alta, Media o Baja, según las condiciones clínicas de cada uno de los integrantes y realizar periodicamente el debido seguimiento y cierre del caso en el aplicativo GTAPS de acuerdo a la prioridad del caso. Establecer la prioridad de la familia (Alta, Media o Baja) según las condiciones clínicas de cada uno de los integrantes, realizando seguimiento periódico y cierre del caso en el sistema de acuerdo con la prioridad asignada.
4	4. Consultar en el aplicativo PAI web 2.0 de la Secretaria Distrital de Salud el esquema de vacunacion del usuario. En caso de no encontrar registro completo de los biológicos, informar al profesional de PAI. Revisar el esquema de vacunación del usuario en el sistema PAI Web 2.0, realizando demanda inducida para el agendamiento y revisión de cada paciente. Además, se organizan jornadas de vacunación dentro del CAPS , asegurando la actualización y cobertura completa de los biológicos. En caso de encontrar registros incompletos, se informa al profesional de PAI para su corrección.
5	5. Realizar contacto telefónico con el usuario o cuidador con el fin de verificar datos de ubicación e informar el día en que se realizará la atención en casa. Realizar contacto telefónico con el usuario o cuidador para verificar datos de ubicación y recordarles el día y la hora de la cita asignada para consulta en el CAPS
6	6. Diligenciar el formato de usuarios caracterizados con criterios de calidad, oportunidad y pertinencia. Diligenciar el formato de usuarios caracterizados, garantizando el cumplimiento de los criterios de calidad, oportunidad y pertinencia según los estándares
7	7. Asistir a capacitaciones, comités y /o convocatorias. Asistir a capacitaciones, comités y /o convocatorias.
8	8. Realizar valoración integral a usuarios al momento de la intervención, identificación de riesgos y derivación de los mismos Realizar valoración integral a los usuarios durante la intervención, identificando riesgos y derivando a los servicios correspondientes dentro del CAPS , según sea necesario.
9	9. Realizar notificación de eventos de interés de salud pública. Realizar notificación de eventos de interés de salud pública.
10	10. Agendamiento en tiempo real para atenciones en salud individuales definido en el lineamiento técnico y operativo de la RPMS (Resolución 3280-2018), dando cumplimiento en la atención según la necesidad que evidencien en el usuario. Agendamiento en tiempo real para atenciones en salud individuales definido en el lineamiento técnico y operativo de la RPMS (Resolución 3280-2018), dando cumplimiento en la atención según la necesidad que evidencien en el usuario
11	11. Las actividades se realizarán intramural, extramural y/o administrativas. Las actividades se realizarán intramuralmente.
12	12. Realizar valoraciones Integrales en Jornadas de Salud. Realizar valoraciones integrales durante las jornadas de salud organizadas en el CAPS , garantizando un abordaje completo de las necesidades de los usuarios.

13	13. Realizar demás actividades relacionadas con el objeto contractual que asigne el supervisor del contrato bajo el CONVENIO DE EBS DE MINISTERIO DE SALUD Y PROTECCIÓN SOCIAL según resolución 1499 26-08-2024 y todas aquellas que adicionen o se realicen modificaciones. Realizar demás actividades relacionadas con el objeto contractual que asigne el supervisor del contrato bajo el CONVENIO DE EBS DE MINISTERIO DE SALUD Y PROTECCIÓN SOCIAL según resolución 1499 26-08-2024 y todas aquellas que adicionen o se realicen modificaciones		
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° 1075581163	OPERADOR:	SIMPLE
CONCEPTO DEL PAGO	ENTIDAD	FECHA DE PAGO	VALOR PAGADO
SALUD:	COMPENSAR	2025/10/14	\$ 178.000
PENSIÓN:	PORVENIR	2025/10/14	\$ 227.800
RIESGOS LABORALES:	SURA	2025/10/14	\$ 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 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		JULY CATHERINE VARGAS DIAZ PS_5807_2025_26D7F3 JULY CATHERINE VARGAS DIAZ CC: 1031143855	
FIRMA DE QUIEN CONVALIDA EL CUMPLIMIENTO DE LAS OBLIGACIONES PARA EL PRESENTE PERIODO DE PAGO		BERTHA SOFIA DIAZ QUEVEDO PS_5807_2025_26D7F3 BERTHA SOFIA DIAZ QUEVEDO SUPERVISOR DEL CONTRATO	

Búsqueda ▾

Mis procesos ▾

Menú ▾

Ir a ▾

Buscar...



Escritorio → Menú → Administración de contratos → **Ver contrato**

1 Información general

2 Condiciones

3 Bienes y servicios

4 Documentos del Proveedor

5 Documentos del contrato

6 Información presupuestal

7 **Ejecución del Contrato**

8 Modificaciones del Contrato

9 Incumplimientos



Cancelar



Evaluación de la Entidad Estatal



VER CONTRATO

Ejecución del Contrato

☐ Porcentaje ☐ Recepción de artículos

Plan de Pagos

¿Se requieren emisiones de códigos de autorización? ☐ Sí ☒ No

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					

Crear

Documentos de ejecución del contrato

	Descripción	Nombre del archivo	Cargado por
☐	P_S_5807 CUENTA DE COBRO JULIO2025.(1)(1)_4.jpg	P_S_5807 CUENTA DE COBRO JULIO2025.(1)(1)_4.jpg	Proveedor Descargar Detalle
☐	PS 5807 CUENTA DE COBRO AGOSTO 2025.pdf	PS 5807 CUENTA DE COBRO AGOSTO 2025.pdf	Proveedor Descargar Detalle
☐	1 PS 5807 2025 CRP-17529.pdf	1 PS 5807 2025 CRP-17529.pdf	Comprador Descargar Detalle

Borrar

Cargar nuevo

Cancelar



Evaluación de la Entidad Estatal



I. DATOS DEL APORTANTE

Razón Social	JULY CATHERINE VARGAS DIAZ				
Documento	CC1031143855	Dirección	TV 12H #46 - 76 SUR		
Tipo de Empresa	INDEPENDIENTE	Teléfono	3125644724		
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	VBP	COR	VST	SLN	IGE	LMA	VAC	AVP	VCT	IRP	Das AFP	Das EPS	Das ARP	Das 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 1031143855	JULY CATHERINE VARGAS DIAZ	59	00																	0	30	30	30	0	(230301) PORVENIR	\$ 1.423.500	\$ 227.800	(EPS008) COMPENSAR EPS	\$ 1.423.500	\$ 178.000	2.436	\$ 1.423.500	\$ 34.700	(NIN-CC) NINGUNA CCF	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 440.500

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
\$ 1.423.500	\$ 1.423.500	\$ 1.423.500	\$ 0	\$ 227.800	\$ 178.000	\$ 34.700	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 440.500	\$ 0	\$ 440.500