

PAGADO 09/10/2025

I. DATOS DEL APORTANTE

Razón Social	MARISOL MANCIPE PINZON		
Documento	CC51971117	Dirección	CL 47 SUR #26 - 75
Tipo de Empresa	INDEPENDIENTE	Teléfono	2382353
Tipo Persona	NATURAL	Forma Presentación	ÚNICO
Ciudad	BOGOTA D.C.	Departamento	BOGOTA D.C.
Representante Legal		Identificación	
Total Afiliados	1	ARP	NINGUNA ARP

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	VAC	VAP	VCT	IRP	Días ARP	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 51971117	MARISOL MANCIPE PINZON	03	00																0	30	30	0	0	(25-14) COLPENSIONES	\$ 7.500.000	\$ 1.275.000	(EPS005) EPS SANITAS	\$ 7.500.000	\$ 937.500	0,000	\$ 0	\$ 0	(NIN-CC) NINGUNA CCF	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 2.212.500

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
\$ 7.500.000	\$ 7.500.000	\$ 0	\$ 0	\$ 1.275.000	\$ 937.500	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 2.212.500	\$ 4.200	\$ 2.216.700

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!

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

¡El Poder de lo SIMPLE!

		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:	MARISOL MANCIPE PINZON			CC:	51971117
CORREO ELECTRÓNICO:	MARIMANCIPE@HOTMAIL.COM			TELÉFONO:	111111111
DIRECCIÓN DOMICILIO:	CL 47 SUR N° 26 - 75			CIUDAD:	BOGOTA
BANCO AL CUAL CONSIGNAR:	BANCO DAVIVIENDA S.A.	TIPO DE CUENTA:	AHORROS	N° CUENTA:	004870306125
DATOS DEL CONTRATO O ADICION Y PERIODO OBJETO DE PAGO					
N° DEL CONTRATO:	PS 5756 2024	VALOR CORRESPONDIENTE AL PERIODO OBJETO DE COBRO		\$ 8.039.520	
FECHA DE INICIO CONTRATO	2024/12/09	FECHA DE TERMINACIÓN CONTRATO:		2025/10/31	
PERIODO OBJETO DE COBRO:	DEL 2025/10/01 AL 2025/10/31				
 MARISOL MANCIPE PINZON PS_5756_2024_4F472C NOMBRE Y FIRMA DEL CONTRATISTA: MARISOL MANCIPE PINZON CC: 51971117 CEL: 111111111					

CELEBRADO ENTRE LA SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E Y

MARISOL MANCIPE PINZON

CON C.C N°

51.971.117

OBJETO DEL CONTRATO:	PRESTAR SUS SERVICIOS COMO PROFESIONAL EN MEDICINA II PARA DESARROLLAR ACTIVIDADES EN LA DIRECCION DE URGENCIAS DE LA SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E. CONVENIO 7120405-2024 APH
----------------------	--

CONTRATO DE PRESTACION DE SERVICIOS PROFESIONALES No.	PS 5756 2024	FECHA INICIO CONTRATO	2024/12/09
---	--------------	-----------------------	------------

VALOR INICIAL DEL CONTRATO	\$ 6.929.771	No. HORAS EJECUTADAS	216
----------------------------	--------------	----------------------	-----

VALOR TOTAL DEL CONTRATO INCLUIDO ADICIONES:	\$ 74.196.480	VALOR DE HONORARIOS PERÍODO A CERTIFICAR:	\$ 8.039.520
--	---------------	---	--------------

PLAZO DEL CONTRATO INCLUYENDO PRORROGAS	ONCE (11) MESES
---	-----------------

UNIDAD FUNCIONAL DE EJECUCIÓN DE ACTIVIDADES:	HOSPITAL SAN BLAS
NOMBRE DEL SUPERVISOR:	JOSE OCTAVIANO BARRERA GUTIERREZ

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. ESTUVE PRESENTE EN EL MOMENTO DE ENTREGAR Y RECIBIR TURNO REGISTRANDO LAS NOVEDADES CORRESPONDIENTES EN EL MARCO DE UNA RELACION DE COORDINACION INHERENTE AL EJERCICIO DE UNA PROFESION LIBERAL E INDEPENDIENTE, REGISTRADO EN LA PLATAFORMA DE NETUX (16).
2	2. GARANTICE EL ADECUADO DILIGENCIAMIENTO Y ENTREGA DE LA HISTORIA CLINICA DEL PROGRAMA DE ATENCION PRE HOSPITALARIA (FISICA Y/O DIGITAL) SEGÚN CRITERIOS Y NORMATIVIDAD VIGENTE, ADEMÁS DE ESTABLECER ACTIVIDADES DE SEGUIMIENTO Y DE MEJORA A LA ADHERENCIA DEL DILIGENCIAMIENTO DE LA HISTORIA CLINICA.
3	3. GARANTICE EL DILIGENCIAMIENTO OPORTUNO, COMPLETO Y ADECUADO DE LOS REGISTROS PROIOS DE LA ATENCION RE HOSPITALARIA (HISTORIA CLINICA DE VALORACION Y/O TRASLADO, FORMATOS CONSENTIMIENTOS Y DISENTIMIENTO DE TRASLADO, FORMULACION MEDICA, CADENA DE CUSTODIA), EN LA PLATAFORMA NETUX (17).
4	4. REALICE LA VALORACION MEDICA Y/O TRASLADO DE INCIDENTE CUANDO ASI SEA INDICADO POR EL CENTRO REGULADOR DE URGENCIAS Y EMERGENCIAS CRUE, REGISTRADO EN LA PLATAFORMA NETUX (17).
5	5. REALICE LAS MANIOBRAS BASICAS Y AVANZADAS PARA LA ESTABILIZACION DE PACIENTES CRITICOS, EN CASO DE REQUERISE EN EL PPROCESSO DE ATENCION.
6	6. DESARROLLE LAS ACTIVIDADES PROGRAMADAS, SEGUN CRONOGRAMAS ESTABLESIDOS POR LA UNIDAD FUNCIONAL APH CENTRO ORIENTE E.S.E.
7	7. PORTE DE MANERA DECOROSA LAS PRENDAS INSTITUCIONALES ACORDE A LO ESTABLECIDO EN EL MANUAL DE IMAGEN DEL CRUE JUNTO CON EL CARNET QUE LO ACREDITA COMO CONTRATISTA DE LA SUB RED CENTRO ORIENTE E.S.E.
8	8. GARANTICE EL CUMPLIMIENTODE LO CONTEMPLADO EN EL MANUAL DE BIOSEGURIDAD.
9	9. VELE POR LA OPORTUNIDAD, PERTINENCIA, CONTINUIDAD, SEGURIDAD, RASONALIZACION Y RESOLUCION EN LLA ATENCION MEDICA PRE HOSPITALARIA.
10	10. REALICE INFORME Y REGISTRO OPORTUNO DE DATOS CRITICOS, EN EL APLICATIVO NETUX
11	11. EFECTUE REPORTE Y REGITTRO DE SUCESOS DE SEGURIDAD.
12	12. ADOPTA LOS PROCESOS, PROCEDIMIENTOS, GUIAS, INSTRUCTIVOS, FORMATOS, PROTOCOLOS QUE SE REQUIERAN PARA EL CABAL CUMPLIMIENTODE LAS ACTIVIDADES.
13	13. DI TRATO DIGNO Y HUMANIZADOTANTO AL CLIENTE INYTERNO Y EXTERNO EN EL DESARROLLO DEL OBJETIVO CONTRACTUAL.
14	14. CUMPLI CON DISPOSICIONES RESPECTIVAS DE SEGURIDAD AL PACIENTE, CONFIDENCIALIDAD DE LA INFORMACION QUE MANEJA DE ACUERDO CON EL DESARROLLO DE LAS ACTIVIDADES.
15	15. RESPONDI OPORTUNAMENTEA LOS DESPACHOS Y/O LLAMADOS GENERADOS DESDE EL CENTRO REGULADOR DE URGENCIAS Y EMERGENCIAS CRUE.
16	16. APLIQUE LAS POLITICAS DE CALIDAD DE LA INSTITUCION PARTICIANDO ACTIVAMENTE EN LOS PROCESOS DEL SISTEMA DE GESTION DE CALIDAD INSTITUCIONAL.
17	17. ASISTI A LAS REUNIONES Y CAPACITACIONES PROGRAMADAS POR EL REFERENTE Y/O LA INSTITUCION CUANDO SEAN REQUERIDOS, POR VEEDURIA EL DIA 16 DE OCTUBRE DEL 2025.
18	18. REGISTRE TODOS LOS DEZPLAZAMIENTOS REALIZADOS EN LA AMBULANCIA FALLIDOS 5.20, VALORACIONES Y TRASLADOS POR MEDIO DEL APLICATIVO NETUX (17), DESIGNADO PARA TAL FIN.

19	19. CAPTURE LOS APORTES NECESARIOS PARA REALIZAR EL DEBIDO PROCESO DE LA AUTORIZACION Y FACTURACION DE LOS TRASLADOS Y/O VALORACIONES REALIZADAS.
20	20. RESPONDI Y ASISTI A LAS CITACIONES DERIVADAS DE LOS REQUERIMIENTOS DEL SDQS, NOVEDADES ADMINISTRATIVAS Y ASISTENCIALES GENERADAS POR EL CENTRO REGULADOR DE URGENCIAS Y EMERGENCIAS EN SALUD CRUE.
21	21. DI USO ADECUADO Y RACIONALIZACION DE LOS INSUMOS Y/O MEDICAMENTOS ABASTESIDOS EN LOS VEHICULOS DE EMERGENCIA; ASI MISMO, GRANTIZAR EL ADECUADO REGISTRO EN LOS FORMATOS CORRESPONDIENTES.
22	22. REALICE EL DILIGENCIAMIENTO CLARO Y OPORTUNO DE LOS CERTIFICADOS DE DEFUCIONES GENERADOS DURANTE LA ATENCION PRE HOSPITALARIA, EN MEDIO FISICO Y EN UN TERMINO NO MAYOR A 24 HORAS EN EL APLICATIVO RUAF.
23	23. EFECTUE EL REGISTRO ADECUADO Y OPORTUNO DE KARDEX, ELABORADO DE LA PAGINA 3 DE 275 INVENTARIO Y PEDIDO DE INSUMOS.
24	24. REALICE EL PREOPERACIONAL DEL EQUIAMIENTO BIOMEDICO Y EQUIO DE AOYO DIAGNOSTICO.
25	25. ADOpte LOS PROCESOS, PROCEDIMIENTOS, GUIAS, INSTRUCTIVOS, FORMATOS, PROTOCOLOSQUE SE REQUIERAN PARA CABAL EL CUMPLIMIENTO DE LAS ACTIVIDADES.
26	26. TRAMIEte MENSUALMENTE DENTRO DE LOS TIEMPO ESTABLESIDOSPOR LA SUB RED CENTRO ORIENTE E.S.E. LOS FORMATOS DE INFORME Y CUENTA DE COBRO, Y CUENTA DE COBRO WORD Y CERTIFICADO DE PAGO DE APOrTE SOCIALES PARA EL PAGO DE SUS RESPECTIVOS HONORARIOS.
27	27. LAS DEMAS ACTIVIDADES ASIGNADAS POR EL SUPERVISOR Y QUE SEAN INHERENTES CON EL OBJETIVO DEL CONTRATOY LA EJECUCION DEL CONVENIO 7120405-2024

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° 1076344128	OPERADOR:	SIMPLE
CONCEPTO DEL PAGO	ENTIDAD	FECHA DE PAGO	VALOR PAGADO
SALUD:	SANITAS	2025/10/09	\$ 937.500
PENSIÓN:	COLPENSIONES	2025/10/09	\$ 1.275.000
RIESGOS LABORALES:	SURA	2025/10/09	\$ 0
OTRO			
TOTAL PAGADO			\$ 2.212.500

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 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	 MARISOL MANCIPE PINZON PS_5756_2024_4F472C MARISOL MANCIPE PINZON CC: 51971117
--------------------------------	--

FIRMA DE QUIEN VALIDA



CLAUDIA PATRICIA MILANES ALVAREZ

PS_5756_2024_4F472C

CLAUDIA PATRICIA MILANES ALVAREZ
SUPERVISOR ALTERNO

FIRMA DE QUIEN CONVALIDA EL CUMPLIMIENTO DE LAS
OBLIGACIONES PARA EL PRESENTE PERIODO DE PAGO



JOSE OCTAVIANO BARRERA GUTIERREZ

PS_5756_2024_4F472C

JOSE OCTAVIANO BARRERA GUTIERREZ
SUPERVISOR DEL CONTRATO