**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:** | **LILIANA ANDREA GOMEZ NIÑO** | | | **CC:** | **33367543** |
| **CORREO ELECTRÓNICO:** | **LILIANAGOMNI@GMAIL.COM** | | | **TELÉFONO:** | **3148696641** |
| **DIRECCIÓN DOMICILIO:** | **CL 54C SUR N° 88I - 71** | | | **CIUDAD:** | **BOGOTA** |
| **BANCO AL CUAL CONSIGNAR:** | **BANCO DAVIVIENDA S.A.** | **TIPO DE CUENTA:** | **AHORROS** | **N° CUENTA:** | **450700089078** |
| **DATOS DEL CONTRATO O ADICION Y PERIODO OBJETO DE PAGO** | | | | | |
| **Nº DEL CONTRATO:** | **PS 5753 2024** | **VALOR CORRESPONDIENTE AL PERIODO OBJETO DE COBRO** | | | **$ 6.885.700** |
| **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** | | | | |

*LILIANA ANDREA GOMEZ NIÑO*
*PS_5753_2024_AC67C9*

**NOMBRE Y FIRMA DEL CONTRATISTA:**
**LILIANA ANDREA GOMEZ NIÑO**
**CC: 33367543**
**CEL: 3148696641**

| | | |
|---|---|---|
| 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** | | | |
| **LILIANA ANDREA GOMEZ NIÑO** | | | |
| **CON C.C N°** | **33.367.543** | | |
| **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 5753 2024** | **FECHA INICIO CONTRATO** | **2024/12/09** |
| **VALOR INICIAL DEL CONTRATO** | $ 6.929.771 | **No. HORAS EJECUTADAS** | **185** |
| **VALOR TOTAL DEL CONTRATO INCLUIDO ADICIONES:** | $ 75.528.185 | **VALOR DE HONORARIOS PERÍODO A CERTIFICAR:** | $ 6.885.700 |
| **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**<br>**(Deben ser coherentes con las obligaciones específicas del contrato realizadas durante el mes)** |
|---|---|
| 1 | Estuvé presente en el momento de entregar y recibir 16 turnos registrando las novedades correspondientes en el marco de una relación de coordinación inherente al ejercicio de una profesión liberal e independiente. |
| 2 | Garantice el adecuado diligenciamiento y entrega de 27 Historias Clínicas, 9 fallidos del Programa de Atención Prehospitalaria (física 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 clínica. |
| 3 | Garanticé el Diligenciamiento oportuno, completo y adecuado 27 Historias Clínicas, 9 fallidos propios de la Atención Prehospitalaria (Historia Clínica de valoración y/o traslado, formatos, consentimiento y desistimiento de traslado, Formulación médica, cadena de custodia). |
| 4 | Realicé la valoración médica y/o traslado de 36 pacientes cuando segun lo indicado por el Centro Regulador de Urgencias y Emergencias CRUE. |
| 5 | Realicé las maniobras básicas y avanzadas para la estabilización de pacientes críticos, en caso de requerirse en el proceso de atención. |
| 6 | Desarrollé las actividades programadas, según cronogramas establecidos por la Unidad Funcional de APH Centro Oriente E.S.E. |
| 7 | Porté de manera decorosa las prendas institucionales acorde a lo establecido en el manual de imagen del CRUE junto con el carné que lo acredita como contratista de la Subred Centro Oriente E.S.E. |
| 8 | Garanticé el cumplimiento de lo contemplado en el manual de bioseguridad. |
| 9 | Velé por la oportunidad, pertinencia, continuidad, seguridad, racionalización y resolución en la atención médica Prehospitalaria. |
| 10 | Realicé informe y registro oportuno de datos críticos. |
| 11 | Efectué reporte y registro de sucesos de seguridad. (Actividad no desarrollada durante el periodo del presente reporte) |
| 12 | Adopté los procesos, procedimientos, guías, instructivos, formatos, protocolos que se requieran para el cabal cumplimiento de las actividades. (Actividad no desarrollada durante el periodo del presente reporte) |
| 13 | Dí trato digno y humanizado tanto al cliente interno como externo en el desarrollo del objeto contractual. |
| 14 | Cumplí con las disposiciones respectivas de seguridad del paciente, confidencialidad de la información que maneja de acuerdo con el desarrollo de las actividades. |
| 15 | Respondí oportunamente a los 36 despachos y/o llamados generados desde el Centro Regulador de Urgencias y Emergencias CRUE |
| 16 | Apliqué las políticas de calidad de la institución participando activamente en los procesos del sistema de gestión de calidad institucional. |
| 17 | Asistí a la capacitación brindada el 15 de Octubre del 2025 sobre Funciones de veeduria |
| 18 | Registré todos los 36 desplazamientos realizados en la ambulancia Fallidos 5-20, Valoraciones y Traslados por medio del aplicativo designado para tal fin. |
| 19 | Capturé los soportes necesarios para realizar el debido proceso de la autorización y facturación de los traslados y/o valoraciones realizadas. |
| 20 | Respondí y asistí 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 | Dí uso adecuado y racionalización de los insumos y/o medicamentos abastecidos en los vehículos de emergencia; así mismo, garantizar el adecuado registro en los formatos correspondientes. |
| 22 | Realicé el diligenciamiento claro y oportuno de los certificados de defunciones generados durante la Atención Prehospitalaria, en medio físico y en un término no mayor a 24 horas en el aplicativo RUAF |
| 23 | Efectué el registro adecuado y oportuno de Kardex, elaboración de Página 3 de 275 inventario y pedido de insumos. |
| 24 | Realicé 17 preoperacional del equipamiento biomédico y equipos de apoyo diagnóstico. |
| 25 | Adopté los procesos, procedimientos, guías, instructivos, formatos, protocolos que se requieran para cabal el cumplimiento de las actividades |

| | |
|---|---|
| 26 | Tramité mensualmente dentro de los tiempos establecidos por la Subred Centro Oriente E.S.E los formatos de informe y cuenta de cobro", "cuenta de cobro Word " y "certificado de pago de aportes sociales", para el pago de sus respectivos honorarios. |
| 27 | Realicé las demás actividades asignadas por el supervisor y que sean inherentes con el objeto del contrato y la ejecución 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° 7991885468 - 7987018326 | OPERADOR: | SOI |

| CONCEPTO DEL PAGO | ENTIDAD | FECHA DE PAGO | VALOR PAGADO |
|---|---|---|---|
| SALUD: | MEDIMAS | 2025/10/21 | $ 453.600 |
| PENSIÓN: | PORVENIR | 2025/10/21 | $ 580.500 |
| RIESGOS LABORALES: | SURA | 2025/10/21 | $ 0 |
| OTRO | | | |
| TOTAL PAGADO | | | $ 1.034.100 |

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** | *LILIANA ANDREA GOMEZ NIÑO*<br>*PS_5753_2024_AC67C9*<br>**LILIANA ANDREA GOMEZ NIÑO**<br>**CC: 33367543** |
| **FIRMA DE QUIEN VALIDA** | *CLAUDIA PATRICIA MILANES ALVAREZ*<br>*PS_5753_2024_AC67C9*<br>**CLAUDIA PATRICIA MILANES ALVAREZ**<br>**SUPERVISOR ALTERNO** |

*JOSE OCTAVIANO BARRERA GUTIERREZ*
*PS_5753_2024_AC67C9*
**JOSE OCTAVIANO BARRERA GUTIERREZ**

**SUPERVISOR DEL CONTRATO**

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

# PLANILLA INTEGRADA AUTOLIQUIDACIÓN APORTES
# COMPROBANTE DE PAGO

Bancolombia

## DATOS GENERALES DEL APORTANTE

| | | | |
|---|---|---|---|
| TIPO IDENTIFICACIÓN: | CÉDULA DE CIUDADANÍA | NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN: | 33367543 |
| NOMBRE Ó RAZÓN SOCIAL: | | | LILIANA ANDREA GOMEZ NINO |
| CIUDAD/MUNICIPIO: | BOGOTA DISTRITO CAPITAL | DEPARTAMENTO: | BOGOTA - DISTRITO CAPITAL |
| DIRECCIÓN: | CALLE 22 # 9-35 APTO 403 | TELÉFONO: | 7777777 |
| TIPO APORTANTE: | 02-INDEPENDIENTE | CLASE APORTANTE: | I-INDEPENDIENTE |
| TIPO EMPRESA: | PRIVADA | ACTIVIDAD ECONOMICA: | Actividades reguladoras y |
| FORMA DE PRESENTACIÓN: | ÚNICO | | |
| APORTANTE EXONERADO PAGO APORTES SALUD, SENA E ICBF (REFORMA TRIBUTARIA): | | | NO |

## DATOS GENERALES DE LA PLANILLA

| | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| NÚMERO PLANILLA: | **7991885468** | | TIPO DE PLANILLA: | N-CORRECCIONES | |
| PERIODO COTIZACIÓN OTROS SUBSISTEMAS: | MES: | septiembre | PERIODO COTIZACIÓN SALUD: | MES: | septiembre |
| | AÑO: | 2025 | | AÑO: | 2025 |
| DÍAS DE MORA: | | 11 | | | |
| FECHA PAGO (aaaa/mm/dd): | | 2025/10/21 | NÚMERO AUTORIZACIÓN: | | 1866304047 |

| | | | |
|---|---|---|---|
| NÚMERO DE LA PLANILLA ASOCIADA: | 7987018326 | FECHA DE PAGO DE LA PLANILLA ASOCIADA: | 2025/10/14 |

## LIQUIDACIÓN GENERAL

| | | | TOTALES | |
|---|---|---|---|---|
| | | | COTIZANTES | TOTAL PAGADO |
| **PENSIÓN** | | | | |
| | | ADMINISTRADORA | | |
| NIT | CÓDIGO | NOMBRE | | |
| 8002248088 | 230301 | 230301-PORVENIR | 1 | $ 28.600 |
| | | **SUBTOTAL:** | 1 | **$ 28.600** |
| **SALUD** | | | | |
| | | ADMINISTRADORA | | |
| NIT | CÓDIGO | NOMBRE | | |
| 8600669427 | EPS008 | EPS008-COMPENSAR | 1 | $ 22.400 |
| | | **SUBTOTAL:** | 1 | **$ 22.400** |

| | |
|---|---|
| **VALOR SIN MORA:** | **$ 50.600** |
| **VALOR MORA:** | **$ 400** |
| **TOTAL PAGADO:** | **$ 51.000** |

Planilla Pagada

# PLANILLA INTEGRADA AUTOLIQUIDACIÓN APORTES
# COMPROBANTE DE PAGO

Bancolombia

## DATOS GENERALES DEL APORTANTE

| | | | |
|---|---|---|---|
| TIPO IDENTIFICACIÓN: | CÉDULA DE CIUDADANÍA | NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN: | 33367543 |
| NOMBRE Ó RAZÓN SOCIAL: | | | LILIANA ANDREA GOMEZ NINO |
| CIUDAD/MUNICIPIO: | BOGOTA DISTRITO CAPITAL | DEPARTAMENTO: | BOGOTA - DISTRITO CAPITAL |
| DIRECCIÓN: | CALLE 22 # 9-35 APTO 403 | TELÉFONO: | 7777777 |
| TIPO APORTANTE: | 02-INDEPENDIENTE | CLASE APORTANTE: | I-INDEPENDIENTE |
| TIPO EMPRESA: | PRIVADA | ACTIVIDAD ECONOMICA: | Actividades reguladoras y |
| FORMA DE PRESENTACIÓN: | ÚNICO | | |
| APORTANTE EXONERADO PAGO APORTES SALUD, SENA E ICBF (REFORMA TRIBUTARIA): | | | NO |

## DATOS GENERALES DE LA PLANILLA

| | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| NÚMERO PLANILLA: | **7987018326** | | TIPO DE PLANILLA: | | I-INDEPENDIENTES |
| PERIODO COTIZACIÓN | MES: | septiembre | PERIODO COTIZACIÓN | MES: | septiembre |
| OTROS SUBSISTEMAS: | AÑO: | 2025 | SALUD: | AÑO: | 2025 |
| DÍAS DE MORA: | | 4 | | | |
| FECHA PAGO (aaaa/mm/dd): | | 2025/10/14 | NÚMERO AUTORIZACIÓN: | | 1850747439 |

## NOVEDADES

| ING | RET | TDE | TAE | TDP | TAP | COR | VSP | VST | SLN | COM | IGE | LMA | VAC | AVP | VCT | IRP |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | | | | | | | | | | | | | | | | |

## LIQUIDACIÓN GENERAL

| | | | TOTALES | |
|---|---|---|---|---|
| | | | COTIZANTES | TOTAL PAGADO |
| **PENSIÓN** | | | | |
| | | ADMINISTRADORA | | |
| NIT | CÓDIGO | NOMBRE | | |
| 8002248088 | 230301 | 230301-PORVENIR | 1 | $ 551.900 |
| | | **SUBTOTAL:** | 1 | **$ 551.900** |
| **SALUD** | | | | |
| | | ADMINISTRADORA | | |
| NIT | CÓDIGO | NOMBRE | | |
| 8600669427 | EPS008 | EPS008-COMPENSAR | 1 | $ 431.200 |
| | | **SUBTOTAL:** | 1 | **$ 431.200** |

| | |
|---|---|
| **VALOR SIN MORA:** | **$ 980.600** |
| **VALOR MORA:** | **$ 2.500** |
| **TOTAL PAGADO:** | **$ 983.100** |

Planilla Pagada

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 | | |
|---|---|---|---|---|---|
| ☐ | PS 5753 2024 CUENTA DE COBRO DICIEMBRE.pdf | PS 5753 2024 CUENTA DE COBRO DICIEMBRE.pdf | Comprador | Descargar | Detalle |
| ☐ | PS 5753 2024 CUENTA DE COBRO ENERO 2025.pdf | PS 5753 2024 CUENTA DE COBRO ENERO 2025.pdf | Comprador | Descargar | Detalle |
| ☐ | PS 5753 2024 CUENTA DE COBRO FEBRERO 2025.pdf | PS 5753 2024 CUENTA DE COBRO FEBRERO 2025.pdf | Comprador | Descargar | Detalle |
| ☐ | PS 5753 2024 CUENTA DE COBRO MARZO 2025.pdf | PS 5753 2024 CUENTA DE COBRO MARZO 2025.pdf | Comprador | Descargar | Detalle |
| ☐ | PS 5753 2024 CUENTA DE COBRO ABRIL 2025.pdf | PS 5753 2024 CUENTA DE COBRO ABRIL 2025.pdf | Comprador | Descargar | Detalle |
| ☐ | PS 5753 2024 CUENTA DE COBRO MAYO 2025.pdf | PS 5753 2024 CUENTA DE COBRO MAYO 2025.pdf | Comprador | Descargar | Detalle |
| ☐ | PS 5753 2024 CUENTA DE COBRO JUNIO 2025.pdf | PS 5753 2024 CUENTA DE COBRO JUNIO 2025.pdf | Comprador | Descargar | Detalle |
| ☐ | COMUNICACION SUPERVISOR PS 5753 2024 16-07-2025.pdf | COMUNICACION SUPERVISOR PS 5753 2024 16-07-2025.pdf | Comprador | Descargar | Detalle |
| ☐ | PS 5753 2024 CUENTA DE COBRO JULIO 2025.pdf | PS 5753 2024 CUENTA DE COBRO JULIO 2025.pdf | Comprador | Descargar | Detalle |
| ☐ | PS 5753 2024 CUENTA DE COBRO AGOSTO 2025.pdf | PS 5753 2024 CUENTA DE COBRO AGOSTO 2025.pdf | Comprador | Descargar | Detalle |
| ☐ | PS 5753 2024 CUENTA DE COBRO SEPTIEMBRE 2025.pdf | PS 5753 2024 CUENTA DE COBRO SEPTIEMBRE 2025.pdf | Comprador | Descargar | Detalle |

Borrar | Cargar nuevo



Powered by CamScanner