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:	**GLADYS LORENY JAMIOY PEÑA**			**CC:**	**1124855703**
CORREO ELECTRÓNICO:	**GLADYSJAMIOYP@GMAIL.COM**			**TELÉFONO:**	**3212457738**
DIRECCIÓN DOMICILIO:	**KR 88H BIS 41 33 SUR**			**CIUDAD:**	**BOGOTA**
BANCO AL CUAL CONSIGNAR:	**BANCO DAVIVIENDA S.A.**	**TIPO DE CUENTA:**	**AHORROS**	**N° CUENTA:**	**450800229939**
DATOS DEL CONTRATO O ADICION Y PERIODO OBJETO DE PAGO					
Nº DEL CONTRATO:	**PS 7482 2025**	**VALOR CORRESPONDIENTE AL PERIODO OBJETO DE COBRO**			**$ 2.089.800**
FECHA DE INICIO CONTRATO	**2025/10/09**	**FECHA DE TERMINACIÓN CONTRATO:**			**2025/10/31**
PERIODO OBJETO DE COBRO:	**DEL 2025/10/10 AL 2025/10/31**				

GLADYS LORENY JAMIOY PEÑA
PS_7482_2025_20DC07

NOMBRE Y FIRMA DEL CONTRATISTA:
GLADYS LORENY JAMIOY PEÑA
CC: 1124855703
CEL: 3212457738

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			
GLADYS LORENY JAMIOY PEÑA			
	CON C.C N°	**1.124.855.703**	
OBJETO DEL CONTRATO:	PRESTAR SERVICIOS DE APOYO A LA GESTION COMO GESTOR TECNICO MAS BIENESTAR PARA DESARROLLAR ACTIVIDADES EN LA DIRECCI?N DE GESTI?N INTEGRAL DEL RIESGO EN SALUD DE LA SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E PARA EL DESARROLLO DEL CONVENIO MAS BIENESTAR		
CONTRATO DE PRESTACION DE SERVICIOS PROFESIONALES No.	**PS 7482 2025**	**FECHA INICIO CONTRATO**	**2025/10/09**
VALOR INICIAL DEL CONTRATO	$ 2.285.280	**No. HORAS EJECUTADAS**	**129**
VALOR TOTAL DEL CONTRATO INCLUIDO ADICIONES:	$ 2.285.280	**VALOR DE HONORARIOS PERÍODO A CERTIFICAR:**	$ 2.089.800
PLAZO DEL CONTRATO INCLUYENDO PRORROGAS	VEINTITRES (23) DIAS		
UNIDAD FUNCIONAL DE EJECUCIÓN DE ACTIVIDADES:	CENTRO DE SALUD PRIMERO DE MAYO		
NOMBRE DEL SUPERVISOR:	LIDA ESPERANZA MONTENEGRO PARRA		

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. REALICÉ TOMA DE SIGNOS VITALES A CADA INTEGRANTE DE LA FAMILIA PARA IDENTIFICAR EL ESTADO DE SALUD DE PARA DAR RESPUESTA A LOS RIESGOS IDENTIFICADOS EN LA CARACTERIZACIÓN
2	2. INGRECÉ LA INFORMACIÓN DE LA CARACTERIZACIÓN SOCIODEMOGRAFICA ORRESPONIDENTE DE CADA FAMILIA EN EL APLICATIVO GITAP
3	3. PRESTÉ LOS SERVICIOS DE GESTIÓN BÁSICOS EXTRAMURALES EN EL TERRITORIO ASIGNANDO REOLECTANDO INFORMACIÓN DANDO CUMPLIIENTO A LOS REQUERIIENTO SEGÚN LINIAMENTO
4	4. VERIFIQUÉ CADA USUARIO PARA GARANTIZAR LA INFORMACIÓN VERIDICA BRINDADA POR EL USUARIO
5	5. PRESENTÉ PRODUCTO DE CRONOGRAMA DE ACTIVIDADES REALIZADAS DURANTE EL MES PLASMANDO LO DATOS QUEREIDOS PARA LA MISMA
6	6. GESTIONÉ ACTIVACIONES DE RUTA CON LA EPS SEGÚN CASO Y NECESIDAD IDENTIFICADA EN TERRITORIO POR CADA USUARIO
7	7. ORGANICÉ LA DOCUMENTACIÓN SOLICITADA COMO PLANILLAS DE FIRMAS VERIFICANDO CADA USUARIO Y GARANTIZANDO SU CALIDAD PARA SU ENTREGA
8	8. ME DESPLACÉ AL TERRITORIO ASIGNADO DE SANTA INES SUR ZONA CATASTRAL 1357 DANDO RESPUESTA A LOS MAPAS CORREESPONDIENTE Y GARANTICÉ LA INTERVENCIÓN DE CADA FAMILIA SEGÚN SUS NECESIDADES DE SALUD
9	9. CARACTERICÉ USUARIOS IDENTIFICANDO RIESGOS DE SALUD POR CADA INDIVIDUO Y SE DÍO RESPUESTA DE MANERA OPORTUNO EN EL APLICATIVO GITAP
10	10. REALICÉ GESTIÓN DE PREAUDITORIA EN EL MES CORRESPONDIENTE VERIFICANDO CON PROFESIONALES DE APOYO META ESTABLESIDA Y HALLAZGOS, ASIMISMO, PARTICIPÉ EN LAS REUNIONES Y COMITES SEGÚN PROGRAMACIÓN
11	11. RECEPCIONÉ INFORMACIÓN DE CADA USUARIO CARACTERIZADO EN FORMATO DE PLANILLAS PARA REALIZAR SU ENTREGA CON CALIDAD Y PORTUNIDAD
12	12. SE DÁ CUMPLIMIETNO CON LOS REQUERIMIENTOS SEGÚN NECESIDAD INDICADA POR SUPERVISIÓN Y PROFESIONAL DE APOYO
13	13. SUBÍ LA INFORMACIÓN RECEPCIONADA DE CADA USUARIO EN EL APLICADIVO GITAP DANDO CUMPLIMIENTO CON LOS TAMIZAJES CORRSPONDIENTE PARA CADA USUARIO SEGÚN EL CRITERIO DE EDAD Y ESTADO DE SALUD
14	14. INGRESÉ LOS DATOS DE CADA CARACTERIZACIÓN DE LOS USUARIO AL APLICATIVO GITAP DE MANERA OPORTUNA Y VERZ DANDO CUMPLIMIENTO SEGÚN LINIAMENTO POR LA SDS
15	15. GARANTICÉ COMPLIMIENTO EN LAS ACTIVIDADES REQUERIDAS PARA DAR RESPUESTA OPORTUNA EN LA GESTIÓN TERRITORIAL LLEVANDO DIARIAMENTO LOS INSUMOS CORRESPONDIETES PARA LA CARACTERIZACIÓN
16	16 PRESENTÉ PRODUCTO DE LA GESTÓN REALIZADA CON LOS USUARIOS Y CANTIDAD POBLACIONAL POR CADA SECTOR CATASTRAL Y SUS MANZANAS CORRESPONDIENTES
17	17. PARTICIPÉ EN LOS COMITES CONVOCADOS EN EL CUAL SE RECIBE RETROALIMENTACIÓN, AVANCES Y MEJORAS PARA GARANTIZAR UN CUMPLIMIENTO A CABALIDAD
18	18. REGISTRÉ LAS ACTIVIDADES REQUERIDAS EN CADA CRACTERIZACIÓN EN EL FORMATO DE FIRMAS
19	19. REPORTÉ LOS AGENDAMIENTOS DE LOS USUARIOS IDIENTIFICADOS DE ALTO RIESGO O QUE REQUIERAN UNA ATENCÓN DE MANERA PRIORITARIO DE MANERA OPORTUNA

20	20. GARANTICÉ CUMPLIMIENTO CON LAS ACTIVIDADES REQUERIDAS DE MANERA OPORTUNA DEL PROGRAMA MÁS BIENESTAR

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 (2025-10-10) AL (2025-10-31)

IV. INFORMACIÓN DE APORTES A SEGURIDAD SOCIAL

No. DE PLANILLA:	N°	OPERADOR:	
CONCEPTO DEL PAGO	ENTIDAD	FECHA DE PAGO	VALOR PAGADO
SALUD:	COMPENSAR		$ 0
PENSIÓN:	COLPENSIONES		$ 0
RIESGOS LABORALES:	SEGUROS BOLIVAR		$ 0
OTRO			
TOTAL PAGADO			$ 0

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	*GLADYS LORENY JAMIOY PEÑA* *PS_7482_2025_20DC07* **GLADYS LORENY JAMIOY PEÑA** **CC: 1124855703**
FIRMA DE QUIEN VALIDA	*SANDRA YANNETH CONTRERAS PEÑALOSA* *PS_7482_2025_20DC07* **SANDRA YANNETH CONTRERAS PEÑALOSA** **SUPERVISOR ALTERNO**
FIRMA DE QUIEN CONVALIDA EL CUMPLIMIENTO DE LAS OBLIGACIONES PARA EL PRESENTE PERIODO DE PAGO	*LIDA ESPERANZA MONTENEGRO PARRA* *PS_7482_2025_20DC07* **LIDA ESPERANZA MONTENEGRO PARRA** **SUPERVISOR DEL CONTRATO**

aportes en línea

Resumen General de Pago

DATOS GENERALES DEL APORTANTE

Identificación	dv	Razon Social	Clase Aportante	Sucursal Principal	Direccion	Ciudad-Departamento	Teléfono	Exonerado SENA e ICBF
CC 1124855703		JAMIOY PEÑA GLADYS LORENY	INDEPENDIENTE	PRINCIPAL	KRA 88 H BIS # 41 33 SUR	BOGOTA-BOGOTA D.E.	5555555	No

DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION

Periodo		Clave		Tipo	Fecha		Pago		
Pensión	Salud	Pago	Planilla	Planilla	Limite	Pago	Banco	Dias Mora	Valor
2025-09	2025-09	1846564267	9491886284	I	2025/10/02	2025/10/14	BANCO DAVIVIENDA	12	$443,900

LIQUIDACION DETALLADA DE APORTES

EMPLEADO					PENSION		SALUD				CCF				RIESGOS				PARAFISCALES		
No.	Identificación	Nombres	Codigo	Días	IBC	Aporte	Codigo	Días	IBC	Aporte	Codigo	Días	IBC	Aporte	Codigo	Días	IBC	Aporte	Días	IBC	Aporte
Sucursal: PRINCIPAL (1 Afiliados)					$1,423,500	$227,800			$1,423,500	$178,000			$0	$0			$1,423,500	$34,700		$0	$0
Centro de Trabajo: PRINCIPAL (1 Afiliados)					$1,423,500	$227,800			$1,423,500	$178,000			$0	$0			$1,423,500	$34,700		$0	$0
Ciudad: BOGOTA Depto: BOGOTA D.E. (1 Afiliados)					$1,423,500	$227,800			$1,423,500	$178,000			$0	$0			$1,423,500	$34,700		$0	$0
1	CC	1124855703	JAMIOY GLADYS	25-14	30	$1,423,500	$227,800	EPS008	30	$1,423,500	$178,000		0	$0	$0	14-7	30	$1,423,500	$34,700	0	$0	$0
Total		**Afiliados(1)**				$1,423,500	$227,800			$1,423,500	$178,000			$0	$0			$1,423,500	$34,700		$0	$0

aportes en línea

Resumen General de Pago

DATOS GENERALES DEL APORTANTE

Identificación	dv	Razon Social	Clase Aportante	Sucursal Principal	Direccion	Ciudad-Departamento	Teléfono	Exonerado SENA e ICBF
CC 1124855703		JAMIOY PEÑA GLADYS LORENY	INDEPENDIENTE	PRINCIPAL	KRA 88 H BIS # 41 33 SUR	BOGOTA-BOGOTA D.E.	5555555	No

DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION

Periodo		Clave		Tipo	Fecha		Pago		
Pensión	Salud	Pago	Planilla	Planilla	Limite	Pago	Banco	Dias Mora	Valor
2025-09	2025-09	1846564267	9491886284	I	2025/10/02	2025/10/14	BANCO DAVIVIENDA	12	$443,900

RESUMEN DE PAGO

RIESGO	CODIGO	NIT	DV	AFILIADOS	VALOR LIQUIDADO	INTERESES MORA	SALDOS E INCAPACIDADES	VALOR A PAGAR
AFP (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$227,800	$1,700	$0	$229,500
COLPENSIONES	25-14	900,336,004	7	1	$227,800	$1,700	$0	$229,500
ARL (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$34,700	$300	$0	$35,000
SEGUROS BOLIVAR	14-7	860,002,503	2	1	$34,700	$300	$0	$35,000
EPS (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$178,000	$1,400	$0	$179,400
COMPENSAR	EPS008	860,066,942	7	1	$178,000	$1,400	$0	$179,400
TOTAL				**1**	**$440,500**	**$3,400**	**$0**	**$443,900**

BANCO DAVIVIENDA S.A.

CERTIFICA:

Que **GLADYS LORENY JAMIOY PENA**, quien se identifica con **Cédula de ciudadanía** No. **1124855703** y es titular de la cuenta terminada en ***9939** , realizó el siguiente pago a través de :

Fecha del pago	Valor	Destino	Factura - Referencia	Número de Autorización
11/10/2025	$ 443.900,00	APORTES EN LINEA	1846564267	46564267

Se expide en Bogotá, el 20-10-2025.

Atentamente,

BANCO DAVIVIENDA S.A.

Banco Davivienda S.A.

VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA

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 4861 2025 CUENTA DE COBRO MES ABR 2025.pdf	PS 4861 2025 CUENTA DE COBRO MES ABR 2025.pdf	Comprador	Descargar	Detalle
PS 4861 2025 CUENTA DE COBRO MES MAR 2025.pdf	PS 4861 2025 CUENTA DE COBRO MES MAR 2025.pdf	Comprador	Descargar	Detalle
PS 4861 2025 CRP 27-05-2025.pdf	PS 4861 2025 CRP 27-05-2025.pdf	Comprador	Descargar	Detalle
PS 4861 2025 CUENTA DECOBRO MES JUNIO 2025.pdf	PS 4861 2025 CUENTA DECOBRO MES JUNIO 2025.pdf	Comprador	Descargar	Detalle
PS 4861 2025 CUENTA DECOBRO MES MAYO 2025-1.pdf	PS 4861 2025 CUENTA DECOBRO MES MAYO 2025-1.pdf	Comprador	Descargar	Detalle
PS 4861 2025 CUENTA DECOBRO MES JULIO 2025.pdf	PS 4861 2025 CUENTA DECOBRO MES JULIO 2025.pdf	Comprador	Descargar	Detalle
2 PS 4861 2025 CRP-12723.pdf	2 PS 4861 2025 CRP-12723.pdf	Comprador	Descargar	Detalle
3 PS 4861 2025 CRP-13171.pdf	3 PS 4861 2025 CRP-13171.pdf	Comprador	Descargar	Detalle
4 PS 4861 2025 CRP-21256.pdf	4 PS 4861 2025 CRP-21256.pdf	Comprador	Descargar	Detalle
5 PS 4861 2025 CRP-22892.pdf	5 PS 4861 2025 CRP-22892.pdf	Comprador	Descargar	Detalle
PS 4861 2025 CUENTA DECOBRO MES AGOSTO 2025.pdf	PS 4861 2025 CUENTA DECOBRO MES AGOSTO 2025.pdf	Comprador	Descargar	Detalle
PS 4861 2025 CUENTA DECOBRO MES JULIO 2025-1.pdf	PS 4861 2025 CUENTA DECOBRO MES JULIO 2025-1.pdf	Comprador	Descargar	Detalle
PS 4861 2025 CUENTA DE COBRO MES SEPTIEMBRE 2025.pdf	PS 4861 2025 CUENTA DE COBRO MES SEPTIEMBRE 2025.pdf	Comprador	Descargar	Detalle

Borrar Cargar nuevo

Cancelar

< Evaluación de la Entidad Estatal >