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:	**ANGIE LORENA TORRES PULIDO**			**CC:**	**1013626010**
CORREO ELECTRÓNICO:	**atorrespul1@gmail.com**			**TELÉFONO:**	**3025234844**
DIRECCIÓN DOMICILIO:	**CL 38 31 118**			**CIUDAD:**	**BOGOTA**
BANCO AL CUAL CONSIGNAR:	**NU**	**TIPO DE CUENTA:**	**AHORROS**	**N° CUENTA:**	**98623276**
DATOS DEL CONTRATO O ADICION Y PERIODO OBJETO DE PAGO					
Nº DEL CONTRATO:	**PS 5641 2025**	**VALOR CORRESPONDIENTE AL PERIODO OBJETO DE COBRO**			**$ 2.500.008**
FECHA DE INICIO CONTRATO	**2025/04/06**	**FECHA DE TERMINACIÓN CONTRATO:**			**2025/10/31**
PERIODO OBJETO DE COBRO:	**DEL 2025/10/01 AL 2025/10/31**				

ANGIE LORENA TORRES PULIDO
PS_5641_2025_EB0C6E

NOMBRE Y FIRMA DEL CONTRATISTA:
ANGIE LORENA TORRES PULIDO
CC: 1013626010
CEL: 3025234844

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			
ANGIE LORENA TORRES PULIDO			
	CON C.C N°	**1.013.626.010**	
OBJETO DEL CONTRATO:	PRESTAR SERVICIOS TECNICOS COMO AUXILIAR DE ENFERMERIA PARA DESARROLLAR ACTIVIDADES EN LA DIRECCI?N 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 SEG?N RESOLUCION 1499 26-08-2024		
CONTRATO DE PRESTACION DE SERVICIOS PROFESIONALES No.	**PS 5641 2025**	**FECHA INICIO CONTRATO**	**2025/04/06**
VALOR INICIAL DEL CONTRATO	$ 7.250.023	**No. HORAS EJECUTADAS**	**184**
VALOR TOTAL DEL CONTRATO INCLUIDO ADICIONES:	$ 11.548.950	**VALOR DE HONORARIOS PERÍODO A CERTIFICAR:**	$ 2.500.008
PLAZO DEL CONTRATO INCLUYENDO PRORROGAS	SIETE (7) 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	SE REALIZA ASISTENCIA A COMITÉS DE CUIDADO Y CAPACITACIÓN
2	SE REALIZA LA 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 DE ATENCIÓN QUE LE CORRESPONDE A CADA USUARIO
3	SE REALIZA INDAGACIÓN DE DATOS PERSONALES, FAMILIARES, SOCIOECONÓMICOS, GEOGRÁFICOS CON EL FIN DE VERIFICAR FACTORES DE RIESGO EN SALUD.
4	DURANTE EL MES DE AGOSTO REALIZA LA CARACTERIZACIÓN EN EL SECTOR CATASTRAL DE EL PARAISO Y SE DERIVAN A PERFILES SEGÚN PRIORIDAD O PATOLOGÍA
5	SE REALIZA CONSULTA EN APLICATIVO ADRES PARA VERIFICAR EL EAPB Y SU RÉGIMEN CON EL FIN DE CONFIRMAR EAPB PARA DERIVACIÓN A PROFESIONALES
6	SE SOLICITA INFORMACIÓN DE CONTACTO DE LOS USUARIOS PARA QUE EL PROFESIONAL PUEDA ESTABLECER UNA UBICACIÓN Y FECHA PARA ACORDAR LA ATENCIÓN.
7	SE REALIZA TOMA DE SIGNOS VITALES, MEDIDAS ANTROPOMÉTRICAS, TAMIZAJES PARA EVALUAR CONDICIONES FÍSICAS Y MENTALES DE LOS PACIENTES
8	VERIFICAR FACTORES DE RIESGO POBLACIONAL EN SALUD EN EL SECTOR CATASTRAL VISITADO
9	SE REALIZA REGISTRO EN EL APLICATIVO GTAPS PARA EVALUAR Y NOTIFICAR ALERTAS, SIGNOS, COMPROMISOS REALIZADOS DURANTE LA VISITA Y TAMIZAJES

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° 90718111	OPERADOR:	MI PLANILLA

CONCEPTO DEL PAGO	ENTIDAD	FECHA DE PAGO	VALOR PAGADO
SALUD:	SANITAS	2025/10/20	$ 180.000
PENSIÓN:	COLPENSIONES	2025/10/20	$ 230.400
RIESGOS LABORALES:	SURA	2025/10/20	$ 35.100
OTRO			
TOTAL PAGADO			$ 445.500

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	*ANGIE LORENA TORRES PULIDO* *PS_5641_2025_EB0C6E* **ANGIE LORENA TORRES PULIDO** **CC: 1013626010**
FIRMA DE QUIEN CONVALIDA EL CUMPLIMIENTO DE LAS OBLIGACIONES PARA EL PRESENTE PERIODO DE PAGO	*BERTHA SOFIA DIAZ QUEVEDO* *PS_5641_2025_EB0C6E* **BERTHA SOFIA DIAZ QUEVEDO** **SUPERVISOR DEL CONTRATO**