

DATOS DEL CONTRATISTA					
FECHA DE DILIGENCIAMIENTO: (31-10-2025)					
NOMBRES Y APELLIDOS:	GLORIA AMANDA BUENHOMBRE MOLSALVE			CC:	52192592
CORREO ELECTRÓNICO:	gbuenhombre@gmail.com			TELÉFONO:	3508105422
DIRECCIÓN DOMICILIO:	KR 79F BIS 55 35 S			CIUDAD:	BOGOTA
BANCO AL CUAL CONSIGNAR:	BANCO DAVIVIENDA S.A.	TIPO DE CUENTA:	AHORROS	Nº CUENTA:	005170092992
DATOS DEL CONTRATO O ADICION Y PERIODO OBJETO DE PAGO					
Nº DEL CONTRATO:	PS 6295 2025	VALOR CORRESPONDIENTE AL PERIODO OBJETO DE COBRO			\$ 6.000.050
FECHA DE INICIO CONTRATO	2025/09/10	FECHA DE TERMINACIÓN CONTRATO:			2025/10/31
PERIODO OBJETO DE COBRO:	DEL 2025/10/01 AL 2025/10/31				

 GLORIA AMANDA BUENHOMBRE MOLSALVE
PS_6295_2025_AEBCF6

NOMBRE Y FIRMA DEL CONTRATISTA:
GLORIA AMANDA BUENHOMBRE MOLSALVE
CC: 52192592
CEL: 3508105422

CELEBRADO ENTRE LA SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E Y				
GLORIA AMANDA BUENHOMBRE MOLSALVE				
CON C.C N°		52.192.592		
OBJETO DEL CONTRATO:	PRESTAR SERVICIOS PROFESIONALES COMO ENFERMERO A PARA DESARROLLAR ACTIVIDADES EN LA DIRECCION DE SERVICIOS AMBULATORIOS DE LA SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS EN SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E. - RESOLUCION 1499 26-08-2024 DE MINISTERIO DE SALUD Y PROTECCION SOCIAL			
CONTRATO DE PRESTACION DE SERVICIOS PROFESIONALES No.		PS 6295 2025	FECHA INICIO CONTRATO	2025/09/10
VALOR INICIAL DEL CONTRATO	\$	10.200.095	No. HORAS EJECUTADAS	184
VALOR TOTAL DEL CONTRATO INCLUIDO ADICIONES:	\$	10.200.095	VALOR DE HONORARIOS PERÍODO A CERTIFICAR:	\$ 6.000.050
PLAZO DEL CONTRATO INCLUYENDO PRORROGAS	UN (1) MES Y VEINTIUN (21) DIAS			
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	recibí capacitación sobre la implementar la normatividad de los EBS y los lineamientos de atención en salud por curso de vida			
2	Registrar, agendar, caracterizar y documentar atenciones en los aplicativos oficiales.			
3	Verificar caracterización previa y realizar valoración clínica y social de cada miembro de la familia.			
4	Elaborar el plan de cuidado con base en los hallazgos, registrar compromisos y realizar seguimiento.			
5	Reportar casos de interés en salud pública a SIVIGILA y notificar al gestor familiar.			
6	Programar seguimientos según tipología familiar y riesgo (alta, media, baja; tipos 1-4).			
7	Identificar y garantizar atenciones a gestantes, niños, adultos mayores, crónicos y personas con discapacidad.			
8	Actuar como primer respondiente, activar línea 123 y coordinar con CRUE.			
9	Promover el autocuidado, realizar educación en salud y articular con especialistas vía telefónica.			
10	Diligenciar formatos, enviar soportes, participar en comités, cuidar los equipos biomédicos y tecnológicos.			
11	Se realiza programación y atención según la clasificación familiar y la prioricidad de los seguimientos teniendo en cuenta la clasificación correspondiente			
12	Se realiza reporte de los integrantes que pertenecen a la población priorizada, se programa una nueva visita donde el usuario reportado se encuentre presente.			
13	Se realiza la verificación de los usuarios encontrados en el hogar según curso de vida y se realizan las respectivas canalizaciones			
14	Se realiza remisión a los usuarios que se encuentran sin aseguramiento.			
15	Hasta el momento no se han encontrado urgencias durante la visita.			
16	Se participa en todas las actividades convocadas por los superiores, se entregan soportes a la líder correspondiente.			
17	Se entregan los formatos debidamente diligenciados según la solicitud durante el tiempo establecido.			
18	Se tiene la debida precaucion con el uso y manejo del computador entregado por la institucion.			
19	Se utilizan los usuarios y contraseñas asignadas teniendo en cuenta la debida reserva y confidencialidad.			
20	Se realizan todas las actividades relacionadas con el objeto contractual según asignadas por el supervisor del contrato.			
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:	Nº 8823533500	OPERADOR:	SIMPLE	
CONCEPTO DEL PAGO	ENTIDAD	FECHA DE PAGO	VALOR PAGADO	
SALUD:	FAMISANAR	2025/10/18	\$ 267.200	
PENSIÓN:	COLPENSIONES	2025/10/18	\$ 342.000	
RIESGOS LABORALES:	POSITIVA	2025/10/18	\$ 52.100	
OTRO				
TOTAL PAGADO			\$ 661.300	

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 periodo correspondiente

NOMBRE Y FIRMA DEL CONTRATISTA	 <i>GLORIA AMANDA BUENHOMBRE MOLSALVE</i> <i>PS_6295_2025_AEBCF6</i>
	GLORIA AMANDA BUENHOMBRE MOLSALVE CC: 52192592
FIRMA DE QUIEN CONVALIDA EL CUMPLIMIENTO DE LAS OBLIGACIONES PARA EL PRESENTE PERIODO DE PAGO	 <i>BERTHA SOFIA DIAZ QUEVEDO</i> <i>PS_6295_2025_AEBCF6</i>
	BERTHA SOFIA DIAZ QUEVEDO SUPERVISOR DEL CONTRATO



PAGOSIMPLE |

AUTOLIQUIDACION
CONSOLIDADA

Fecha creación reporte: 2025-10-20, 04:23:37 AM Tipo Planilla: I: PLANILLA INDEPENDIENTES Número Planilla: 1076493739
Periodo Cotización: septiembre de 2025 Periodo Servicio: septiembre de 2025 Referencia pago (PIN): 8823533500

PAGADO 18/10/2025 EN HORARIO EXTENDIDO

I. DATOS DEL APORTANTE

Razón Social	GLORIA AMANDA BUENHOMBRE MONSALVE		
Documento	CC52192592	Dirección	CR 79F BIS 55 - 35
Tipo de Empresa	INDEPENDIENTE	Teléfono	3167513475
Tipo Persona	NATURAL	Forma Presentación	ÚNICO
Ciudad	BOGOTÁ D.C.	Departamento	BOGOTÁ D.C.
Representante Legal	Identificación		
Total Afiliados	1	ARP	POSITIVA DE SEGUROS

II. DETALLE DEL APORTANTE

Datos del Afiliado		Novedades										Pensiones			Salud			Riesgos			Cajas				Parafiscales			Total																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																												
Identificación	Apellidos y Nombres	Tipo Cotizante	Subtipo Cotizante	ING	RET P	RET T	TAE	TAP	VSP	COR	VST	IGE	LMA	AVP	VCP	Días AFP	Días AFP	Días ARF	Días CCF	Pensiones			Salud			Riesgos			Cajas				Parafiscales			Total																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																				
				Administradora	IBC Pensión	Aporte Pensión	Administradora	IBC Salud	Aporte Salud	Tarifa	IBC Riesgos	Aporte Riesgos	Administradora	IBC Caja	Aporte Caja	Administradora	IBC Caja	Aporte Caja	Administradora	IBC Caja	Aporte Caja	Administradora	IBC Caja	Aporte Caja	Administradora	IBC Caja	Aporte Caja	Administradora	IBC Caja	Aporte Caja	Administradora	IBC Caja	Aporte Caja																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																							
CC 52192592	GLORIA AMANDA BUENHOMBRE MONSALVE	59	00	R											0	30	30	30	0	(P5-14)	COLPENSIONES	\$ 2.137.000	\$ 342.000																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																	

III. TOTALES

IBC Pensión	\$ 2.137.000	IBC Salud	\$ 2.137.000	IBC Riesgos	\$ 2.137.000	IBC Cajas	\$ 0	Aportes Pensión	\$ 342.000	Aportes Salud	\$ 267.200	Aportes Riesgos	\$ 52.100	Aportes Cajas	\$ 0	Aportes SENA	\$ 0	Aportes ICBF	\$ 0	Aportes ESAP	\$ 0	Aportes Min Educación	\$ 0	(Incapacidades, Licencias, Saldos a Favor) EPS	\$ 0	Incapacidades ARP	\$ 0	SUBTOTAL SIN INTERESES DE MORA	\$ 661.300	TOTAL INTERESES DE MORA	\$ 0	TOTAL FINAL	\$ 661.300
-------------	--------------	-----------	--------------	-------------	--------------	-----------	------	-----------------	------------	---------------	------------	-----------------	-----------	---------------	------	--------------	------	--------------	------	--------------	------	-----------------------	------	--	------	-------------------	------	--------------------------------	------------	-------------------------	------	-------------	------------

