**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: (30-11-2025)** | | | | | |
| **NOMBRES Y APELLIDOS:** | **ANA MARIA LOPEZ VERGARA** | | | **CC:** | **52278569** |
| **CORREO ELECTRÓNICO:** | **ANMALO_29@HOTMAIL.COM** | | | **TELÉFONO:** | **3103444887** |
| **DIRECCIÓN DOMICILIO:** | **KR 5 ESTE # 24A 19 SUR** | | | **CIUDAD:** | **BOGOTA** |
| **BANCO AL CUAL CONSIGNAR:** | **BANCO DAVIVIENDA S.A.** | **TIPO DE CUENTA:** | **AHORROS** | **N° CUENTA:** | **475000060339** |
| **DATOS DEL CONTRATO O ADICION Y PERIODO OBJETO DE PAGO** | | | | | |
| **Nº DEL CONTRATO:** | **PS 7829 2025** | **VALOR CORRESPONDIENTE AL PERIODO OBJETO DE COBRO** | | | **$ 2.103.401** |
| **FECHA DE INICIO CONTRATO** | **2025/11/01** | **FECHA DE TERMINACIÓN CONTRATO:** | | | **2025/11/30** |
| **PERIODO OBJETO DE COBRO:** | **DEL 2025/11/01 AL 2025/11/30** | | | | |

*ANA MARIA LOPEZ VERGARA*
*PS_7829_2025_CD2E6F*

**NOMBRE Y FIRMA DEL CONTRATISTA:**
**ANA MARIA LOPEZ VERGARA**
**CC: 52278569**
**CEL: 3103444887**

| | | |
|---|---|---|
| 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** | | | |
| **ANA MARIA LOPEZ VERGARA** | | | |
| | **CON C.C N°** | **52.278.569** | |
| **OBJETO DEL CONTRATO:** | PRESTAR SERVICIOS TECNICOS COMO AUXILIAR DE ENFERMERIA PARA DESARROLLAR ACTIVIDADES EN LA DIRECCION DE SERVICIOS DE URGENCIAS DE LA SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E. PARA EL DESARROLLO DEL CONVENIO APH | | |
| **CONTRATO DE PRESTACION DE SERVICIOS PROFESIONALES No.** | **PS 7829 2025** | **FECHA INICIO CONTRATO** | **2025/11/01** |
| **VALOR INICIAL DEL CONTRATO** | $ 2.161.506 | **No. HORAS EJECUTADAS** | **181** |
| **VALOR TOTAL DEL CONTRATO INCLUIDO ADICIONES:** | $ 2.161.506 | **VALOR DE HONORARIOS PERÍODO A CERTIFICAR:** | $ 2.103.401 |
| **PLAZO DEL CONTRATO INCLUYENDO PRORROGAS** | UN (01) MES | | |
| **UNIDAD FUNCIONAL DE EJECUCIÓN DE ACTIVIDADES:** | HOSPITAL SAN BLAS | | |
| **NOMBRE DEL SUPERVISOR:** | DANIEL ALEXANDER HUERTAS ROJAS | | |

| **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 | DESARROLLE LAS ACTIVIDADES PROGRAMADAS, SEGÚN CRONOGRAMAS ESTABLECIDOS POR LA UNIDAD FUNCIONAL DE APH CENTRO ORIENTE E.S.E. PARTICIPANDO EN LA ENTREGA Y RECEPCIÓN DE LA MÓVIL DE ACUERDO CON LA AGENDA DE ACTIVIDADES CONCERTADAS, REGISTRANDO LAS NOVEDADES CORRESPONDIENTES EN EL MARCO DE UNA RELACIÓN DE COORDINACIÓN INHERENTE AL EJERCICIO DE UNA PROFESIÓN LIBERAL E INDEPENDIENTE (15 REGISTROS EN PREOPERACIONAL REGISTRADOS EN PLATAFORMA NETUX) |
| 2 | REALICE LAS ACCIONES ACORDES AL PERFIL DE AUXILIAR DE ENFERMERÍA QUE REQUIEREN LOS PACIENTES A LOS CUALES PRESTA SERVICIOS ASISTENCIALES, DANDO RESPUESTA A LOS DESPACHOS DEL CENTRO REGLADOR DE URGENCIAS Y EMERGENCIAS CRUE, VELANDO POR LA OPORTUNIDAD, PERTINENCIA, CONTINUIDAD, SEGURIDAD, RACIONALIZACIÓN Y RESOLUCIÓN EN LA ATENCIÓN PREHOSPITALARIA, GARANTIZANDO EL ADECUADO DILIGENCIAMIENTO Y ENTREGA DE LA HISTORIA CLÍNICA DEL PROGRAMA DE ATENCIÓN PREHOSPITALARIA Y DEMÁS DOCUMENTOS RELACIONADOS, REGISTRANDO TODOS LOS DESPLAZAMIENTOS REALIZADOS EN LA AMBULANCIA FALLIDOS 5-20, VALORACIONES Y TRASLADOS , DESISTIMIENTO, EVENTOS Y DEMÁS FORMATOS POR MEDIO DEL APLICATIVO DESIGNADO PARA TAL FIN. (33 REGISTROS DE ATENCIONES Y 23 REGISTROS DE ATENCIONES FALLIDOS REGISTRADOS EN PLATAFORMA NETUX) |
| 3 | ASISTÍ A LAS REUNIONES Y CAPACITACIONES PROGRAMADAS POR EL REFERENTE Y/O LA INSTITUCIÓN EN EL MES EN REFERENCIA. |
| 4 | TOMÉ LAS ACCIONES PERTINENTES PARA GARANTIZAR QUE LAS REVISIONES DE LA AMBULANCIA CUMPLAN CON LOS ESTÁNDARES DE HABILITACIÓN Y DEMÁS PARÁMETROS NORMATIVOS DE TAL MANERA QUE SE ENCUENTREN PERMANENTEMENTE DISPONIBLES Y LOS ELEMENTOS QUE LA COMPONEN EN CORRECTO FUNCIONAMIENTO (EQUIPOS BIOMÉDICOS, INSUMOS, DISPOSITIVOS). (15 REGISTROS EN PREOPERACIONAL REGISTRADOS EN PLATAFORMA NETUX Y 24 REGISTROS DE CONTROL DE TEMPERATURA Y 31 REGISTROS DE LIMPIEZA Y DESINFECCIÓN REGISTRADOS EN APLICATIVO NETUX |
| 5 | REALICÉ LA DIARIA GESTIÓN PARA EL ABASTECIMIENTO DE MEDICAMENTOS A LA MÓVIL, ASÍ COMO LA ROTACIÓN DE LOS MISMOS, DILIGENCIANDO LA RESPECTIVA SOLICITUD POR MEDIO DE LOS FORMATOS EXISTENTES PARA CADA CASO Y LA DEVOLUCIÓN DE MEDICAMENTOS AL EQUIPO ADMINISTRATIVO DE APH. |
| 6 | PROPENDÍ POR LA OPERATIVIDAD DE LA MÓVIL Y EL BUEN DESEMPEÑO DURANTE LAS ACTIVIDADES PROGRAMADAS EN LA AGENDA. |
| 7 | REALICE LAS DEMÁS ACTIVIDADES ASIGNADAS POR EL SUPERVISOR INHERENTES CON EL OBJETO DEL CONTRATO Y EN EL MARCO DEL CONVENIO INTERADMINISTRATIVO DE APH VIGENTE |

**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 (2025-11-01) AL (2025-11-30)

## IV. INFORMACIÓN DE APORTES A SEGURIDAD SOCIAL

| | | | |
|---|---|---|---|
| No. DE PLANILLA: | N° 35012999 | OPERADOR: | ASOPAGOS |

| CONCEPTO DEL PAGO | ENTIDAD | FECHA DE PAGO | VALOR PAGADO |
|---|---|---|---|
| SALUD: | SURA | 2025/11/13 | $ 178.000 |
| PENSIÓN: | COLPENSIONES | 2025/11/13 | $ 227.800 |
| RIESGOS LABORALES: | SURA | 2025/11/13 | $ 0 |
| OTRO | | | |
| TOTAL PAGADO | | | $ 405.800 |

## 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** | *ANA MARIA LOPEZ VERGARA*<br>*PS_7829_2025_CD2E6F*<br>**ANA MARIA LOPEZ VERGARA**<br>**CC: 52278569** |
| **FIRMA DE QUIEN CONVALIDA EL CUMPLIMIENTO DE LAS OBLIGACIONES PARA EL PRESENTE PERIODO DE PAGO** | *DANIEL ALEXANDER HUERTAS ROJAS*<br>*PS_7829_2025_CD2E6F*<br>**DANIEL ALEXANDER HUERTAS ROJAS**<br>**SUPERVISOR DEL CONTRATO** |

ASOPAGOS s.a.

| | |
|---|---|
| RAZÓN SOCIAL : | ANA MARIA LOPEZ VERGARA |
| IDENTIFICACIÓN: | CC-52278569 |
| COD. DEPENDENCIA O SUCURSAL: | 0 |
| NOM. DEPENDENCIA O SUCURSAL: | 0 |
| FECHA GENERACIÓN REPORTE: | 2025-11-12 |
| FECHA LÍMITE DE PAGO: | 2025-11-19 |
| FECHA DE PAGO: | 2025-11-13 |
| ENTIDAD DE PAGO: | BANCO DAVIVIENDA |
| PERÍODO PENSIÓN: | 2025-10 |
| PERÍODO SALUD: | 2025-10 |
| NÚMERO PLANILLA: | 35012999 |
| TOTAL COTIZANTES: | 1 |
| REFERENCIA DE PAGO (PIN): | 35012999 |
| TIPO DE PLANILLA: | I |

| CÓDIGO ENTIDAD | NIT | NOMBRE | NÚMERO AFILIADOS | IBC | FONDO SOLIDARIDAD | FONDO SUBSISTENCIA | TOTAL INTERESES | VALOR PAGAR SIN INTERESES | VALOR PAGAR |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| EPS010 | 800088702 | EPS SURA | 1 | $ 1.423.500 | $ 0 | $ 0 | $ 0 | $ 178.000 | $ 178.000 |
| 25-14 | 900336004 | COLPENSIONES | 1 | $ 1.423.500 | $ 0 | $ 0 | $ 0 | $ 227.800 | $ 227.800 |
| | | | | Total a pagar | $ 0 | $ 0 | $ 0 | $ 405.800 | $ 405.800 |

PAGADO

| | |
|---|---|
| FECHA DE PAGO DEL SIGUIENTE MES: | 16/12/2025 |

## Documentos de ejecución del contrato

| | Descripción | Nombre del archivo | Cargado por | | |
|---|---|---|---|---|---|
| ☐ | COMUNICACION SUPERVISOR PS 5804 2024 16-07-2025.pdf | COMUNICACION SUPERVISOR PS 5804 2024 16-07-2025.pdf | Comprador | Descargar | Detalle |
| ☐ | PS 5804 2024 CUENTA DE COBRO ABRIL 2025.pdf | PS 5804 2024 CUENTA DE COBRO ABRIL 2025.pdf | Comprador | Descargar | Detalle |
| ☐ | PS 5804 2024 CUENTA DE COBRO AGOSTO 2025.pdf | PS 5804 2024 CUENTA DE COBRO AGOSTO 2025.pdf | Comprador | Descargar | Detalle |
| ☐ | PS 5804 2024 CUENTA DE COBRO DICIEMBRE.pdf | PS 5804 2024 CUENTA DE COBRO DICIEMBRE.pdf | Comprador | Descargar | Detalle |
| ☐ | PS 5804 2024 CUENTA DE COBRO ENERO 2025.pdf | PS 5804 2024 CUENTA DE COBRO ENERO 2025.pdf | Comprador | Descargar | Detalle |
| ☐ | PS 5804 2024 CUENTA DE COBRO FEBRERO 2025.pdf | PS 5804 2024 CUENTA DE COBRO FEBRERO 2025.pdf | Comprador | Descargar | Detalle |
| ☐ | PS 5804 2024 CUENTA DE COBRO JULIO 2025.pdf | PS 5804 2024 CUENTA DE COBRO JULIO 2025.pdf | Comprador | Descargar | Detalle |
| ☐ | PS 5804 2024 CUENTA DE COBRO JUNIO 2025.pdf | PS 5804 2024 CUENTA DE COBRO JUNIO 2025.pdf | Comprador | Descargar | Detalle |
| ☐ | PS 5804 2024 CUENTA DE COBRO MARZO 2025.pdf | PS 5804 2024 CUENTA DE COBRO MARZO 2025.pdf | Comprador | Descargar | Detalle |
| ☐ | PS 5804 2024 CUENTA DE COBRO MAYO 2025.pdf | PS 5804 2024 CUENTA DE COBRO MAYO 2025.pdf | Comprador | Descargar | Detalle |
| ☐ | PS 5804 2024 CUENTA DE COBRO OCTUBRE 2025.pdf | PS 5804 2024 CUENTA DE COBRO OCTUBRE 2025.pdf | Comprador | Descargar | Detalle |
| ☐ | PS 5804 2024 CUENTA DE COBRO SEPTIEMBRE 2025.pdf | PS 5804 2024 CUENTA DE COBRO SEPTIEMBRE 2025.pdf | Comprador | Descargar | Detalle |

Borrar | Cargar nuevo

FORMACIÓN Y CAPACITACIÓN CONTÍNUA

# La Subred Integrada de Servicios de Salud Centro Oriente E.S.E.

## Certifica a:

ANAMARIA LOPEZ VERGARA

C.C. 52278569

En la realización de la Inducción Institucional de la Subred Integrada de Servicios de Salud Centro Oriente E.S.E.

**Fecha de expedición:** 2 de abril de 2025

**Ofelia Guevara Gómez**
C.C. 51.609.213
Director Operativo Gestión de Talento Humano

4287751968AL

Secretaría de Salud
Subred Integrada de Servicios de Salud
Centro Oriente E.S.E.

SECRETARÍA DE SALUD | BOGOTÁ