

DATOS DEL CONTRATISTA

FECHA DE DILIGENCIAMIENTO: (30-11-2025)

NOMBRES Y APELLIDOS:	JULIETH DAYANNA CUERVO PARADA		CC:	1026595118	
CORREO ELECTRÓNICO:	dayiscupa@hotmail.com		TELÉFONO:	3057678085	
DIRECCIÓN DOMICILIO:	CL 71D 18Q 30 SUR		CIUDAD:	BOGOTA	
BANCO AL CUAL CONSIGNAR:	BANCOLOMBIA	TIPO DE CUENTA:	AHORROS	N° CUENTA:	18617657747

DATOS DEL CONTRATO O ADICION Y PERIODO OBJETO DE PAGO

N° DEL CONTRATO:	PS 7459 2025	VALOR CORRESPONDIENTE AL PERIODO OBJETO DE COBRO	\$ 6.000.056
FECHA DE INICIO CONTRATO	2025/10/08	FECHA DE TERMINACIÓN CONTRATO:	2025/11/30
PERIODO OBJETO DE COBRO:	DEL 2025/11/01 AL 2025/11/30		



JULIETH DAYANNA CUERVO PARADA  
PS\_7459\_2025\_C2BBC7

NOMBRE Y FIRMA DEL CONTRATISTA:

JULIETH DAYANNA CUERVO PARADA

CC: 1026595118

CEL: 3057678085

**CELEBRADO ENTRE LA SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E Y**

**JULIETH DAYANNA CUERVO PARADA**

**CON C.C N°**

**1.026.595.118**

<b>OBJETO DEL CONTRATO:</b>	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 EBS DE MINISTERIO DE SALUD Y PROTECCION SOCIAL
-----------------------------	--

<b>CONTRATO DE PRESTACION DE SERVICIOS PROFESIONALES No.</b>	<b>PS 7459 2025</b>	<b>FECHA INICIO CONTRATO</b>	<b>2025/10/08</b>
--	---------------------	------------------------------	-------------------

<b>VALOR INICIAL DEL CONTRATO</b>	\$ 4.800.045	<b>No. HORAS EJECUTADAS</b>	<b>184</b>
-----------------------------------	--------------	-----------------------------	------------

<b>VALOR TOTAL DEL CONTRATO INCLUIDO ADICIONES:</b>	\$ 10.800.101	<b>VALOR DE HONORARIOS PERÍODO A CERTIFICAR:</b>	\$ 6.000.056
---	---------------	--	--------------

<b>PLAZO DEL CONTRATO INCLUYENDO PRORROGAS</b>	DOS (2) MESES
--	---------------

<b>UNIDAD FUNCIONAL DE EJECUCIÓN DE ACTIVIDADES:</b>	HOSPITAL SANTA CLARA
--	----------------------

<b>NOMBRE DEL SUPERVISOR:</b>	BERTHA SOFIA DIAZ QUEVEDO
-------------------------------	---------------------------

**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)**

- | 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    | SE REALIZA PLAN DE CUIDADO FAMILIAR ATRAVEZ DEL APLICATIVO GTAPS SEGÚN LA ATENCION  |
| 2    | MEDIANTE EL CARGUE EN EL APLICATIVO GTAPS SE REALIZA EL CARGUE DE LAS ATENCIONES REALIZADAS, ESTA ACCIÓN PERMITE CONSOLIDAR LA INFORMACIÓN, GARANTIZAR LA ARTICULACIÓN CON EL EQUIPO INTERDISCIPLINARIO Y FACILITAR EL SEGUIMIENTO DE LAS INTERVENCIONES REALIZADAS INDIVIDUALES  |
| 3    | DESDE EL PERFIL DE ENFERMERÍA, SE REALIZA EL REGISTRO DE LA INFORMACIÓN DE LA ATENCIÓN BRINDADA EN LA BASE DE DATOS DEFINIDA APLICATIVO GTAPS , GARANTIZANDO LA CALIDAD Y VERACIDAD DEL DATO. ASÍ MISMO, SE DILIGENCIA EL PLAN DE CUIDADO INDIVIDUAL (PCI), CONSIGNANDO LAS RECOMENDACIONES DERIVADAS DE LOS HALLAZGOS ENCONTRADOS DURANTE LA VALORACIÓN Y DE LA CONCERTACIÓN CON EL USUARIO Y/O CUIDADOR, ASEGURANDO ASÍ LA CONTINUIDAD DEL CUIDADO Y EL SEGUIMIENTO EN SALUD                            |
| 4    | DESDE EL PERFIL DE ENFERMERÍA, EN CASO DE IDENTIFICAR UN EVENTO DE INTERÉS EN SALUD PÚBLICA DURANTE LA ATENCIÓN O VISITA DOMICILIARIA, SE REALIZA LA NOTIFICACIÓN INMEDIATA AL SUBSISTEMA CORRESPONDIENTE (SIVIGILA U OTRO SEGÚN EL EVENTO) SIGUIENDO LOS PROTOCOLOS ESTABLECIDOS. ASIMISMO, SE INFORMA AL GESTOR FAMILIAR Y/O AL EQUIPO DE APOYO DEL EBS MINISTERIO PARA GARANTIZAR EL SEGUIMIENTO, INTERVENCIÓN Y ARTICULACIÓN OPORTUNA CON LA RED DE SERVICIOS Y LAS AUTORIDADES DE SALUD COMPETENTES. |
| 5    | 11. VERIFICAR PARA TODOS LOS USUARIOS VALORADOS EN EL HOGAR QUE HAYAN ACUDIDO A TODAS LAS ATENCIONES DEFINIDAS EN EL CURSO DE VIDA POR LA RESOLUCIÓN 3280 DE 2018 EN EL CASO CONTRARIO, ORDENAR O CANALIZAR.  |
| 6    | ESTABLECER LA PRIORIDAD DE LA FAMILIA: ALTA, MEDIA O BAJA, SEGÚN LAS CONDICIONES CLÍNICAS DE CADA UNO DE LOS INTEGRANTES.   |
| 7    | ASISTIR A COMITÉS DE SALUD.   |
| 8    | DURANTE LA VALORACION INTEGRAL SE REALIZA PRIORIDAD DEL INDIVIDUO   |

**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?	<b>X</b>	
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?	<b>X</b>	
3	¿Que el contratista presentó satisfactoriamente las obligaciones contractuales, los cuales pueden ser verificados en el informe anexo y en el SECOP?	<b>X</b>	
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?	<b>X</b>	
5	¿Que adjunto evidencia del cargue en el aplicativo secop de la cuenta correspondiente al mes objeto de cobro?	<b>X</b>	

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° 9494850281	OPERADOR:	APORTES EN LINEA
CONCEPTO DEL PAGO	ENTIDAD	FECHA DE PAGO	VALOR PAGADO
SALUD:	SALUD TOTAL	2025/11/19	\$ 161.414
PENSIÓN:	PROTECCION	2025/11/19	\$ 206.609
RIESGOS LABORALES:	SURA	2025/11/19	\$ 31.456
OTRO			
<b>TOTAL PAGADO</b>			<b>\$ 399.479</b>

**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**



*JULIETH DAYANNA CUERVO PARADA*  
*PS\_7459\_2025\_C2BBC7*

**JULIETH DAYANNA CUERVO PARADA**  
**CC: 1026595118**

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



*BERTHA SOFIA DIAZ QUEVEDO*  
*PS\_7459\_2025\_C2BBC7*

**BERTHA SOFIA DIAZ QUEVEDO**  
**SUPERVISOR DEL CONTRATO**

DATOS GENERALES DEL APORTANTE								
Identificación	dv	Razon Social	Clase Aportante	Sucursal Principal	Direccion	Ciudad-Departamento	Teléfono	Exonerado SENA e ICBF
CC 1026595118		CUERVO PARADA JULIETH DAYANNA	INDEPENDIENTE	PRINCIPAL	cl 71d # 18q - 30 sur	BOGOTA-BOGOTA D.E.	3057678085	No

DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION									
Periodo		Clave	Tipo	Fecha		Pago			
Pensión	Salud	Pago	Planilla	Planilla	Limite	Pago	Banco	Dias Mora	Valor
2025-10	2025-10	1938644190	9494850281	I	2025/11/07	2025/11/19	NEQUI	12	\$435,100

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
<b>Sucursal: PRINCIPAL ( 1 Afiliados)</b>					\$1,395,101	\$223,300			\$1,395,101	\$174,400			\$0	\$0			\$1,395,101	\$34,000		\$0	\$0
<b>Centro de Trabajo: PRINCIPAL ( 1 Afiliados)</b>					\$1,395,101	\$223,300			\$1,395,101	\$174,400			\$0	\$0			\$1,395,101	\$34,000		\$0	\$0
Ciudad: BOGOTA Depto: BOGOTA D.E. ( 1 Afiliados)					\$1,395,101	\$223,300			\$1,395,101	\$174,400			\$0	\$0			\$1,395,101	\$34,000		\$0	\$0
1	CC	1026595118	CUERVO JULIETH	230201	24	\$1,395,101	\$223,300	EPS002	24	\$1,395,101	\$174,400	0	\$0	\$0	14-11	24	\$1,395,101	\$34,000	0	\$0	\$0
<b>Total</b>	<b>Afiliados ( 1)</b>				\$1,395,101	\$223,300			\$1,395,101	\$174,400			\$0	\$0			\$1,395,101	\$34,000		\$0	\$0

DATOS GENERALES DEL APORTANTE								
Identificación	dv	Razon Social	Clase Aportante	Sucursal Principal	Direccion	Ciudad-Departamento	Teléfono	Exonerado SENA e ICBF
CC 1026595118		CUERVO PARADA JULIETH DAYANNA	INDEPENDIENTE	PRINCIPAL	cl 71d # 18q - 30 sur	BOGOTA-BOGOTA D.E.	3057678085	No

DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION									
Periodo		Clave		Tipo	Fecha		Pago		
Pensión	Salud	Pago	Planilla	Planilla	Limite	Pago	Banco	Dias Mora	Valor
2025-10	2025-10	1938644190	9494850281	I	2025/11/07	2025/11/19	NEQUI	12	\$435,100

RESUMEN DE PAGO									
RIESGO	CODIGO	NIT	DV	AFILIADOS	VALOR LIQUIDADADO	INTERESES MORA	SALDOS E INCAPACIDADES	VALOR A PAGAR	
AFP (ADMINISTRADORAS: 1)				1	\$223,300	\$1,700	\$0	\$225,000	
PROTECCION	230201	800,229,739	0	1	\$223,300	\$1,700	\$0	\$225,000	
ARL (ADMINISTRADORAS: 1)				1	\$34,000	\$300	\$0	\$34,300	
ARL SURA	14-11	890,903,790	5	1	\$34,000	\$300	\$0	\$34,300	
EPS (ADMINISTRADORAS: 1)				1	\$174,400	\$1,400	\$0	\$175,800	
SALUD TOTAL	EPS002	800,130,907	4	1	\$174,400	\$1,400	\$0	\$175,800	
<b>TOTAL</b>				<b>1</b>	<b>\$431,700</b>	<b>\$3,400</b>	<b>\$0</b>	<b>\$435,100</b>	

- 1 Información general
- 2 la mayoría de la població...
- 3 Bienes y servicios
- 4 mensajeros del
- 5 mensajes del contrato
- 6 Información presupuesta
- 7 **Ejecución del Contrato**
- 8 Modificaciones del Contrato
- 9 Incumplimientos

### Datos guardados

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?  Si  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
<input type="checkbox"/> CUENTA DE COBRO OCTUBRE.pdf	CUENTA DE COBRO OCTUBRE.pdf	Proveedor <a href="#">Descargar</a> <a href="#">Detalle</a>

Borrar Cargar nuevo

Cancelar

< Evaluación de la Entidad Estatal >