

PAGADO 12/12/2025

I. DATOS DEL APORTANTE

Razón Social	CARMEN PAOLA ORTIZ PAYARES		
Documento	CC1129565934	Dirección	CL 38 #0 - 62 PARQUES DE SAN MATEO II
Tipo de Empresa	INDEPENDIENTE	Teléfono	3168284034
Tipo Persona	NATURAL	Forma Presentación	ÚNICO
Ciudad	SOACHA	Departamento	CUNDINAMARCA
Representante Legal		Identificación	
Total Afiliados	1	ARP	ARL SURA

II. DETALLE DEL APORTANTE

Datos del Afiliado				Novedades																Pensiones			Salud			Riesgos			Cajas			Parafiscales				Total					
Identificación	Apellidos y Nombres	Tipo Cotizante	Subtipo Cotizante	ING	RET	RET P	TAE	TAE	TDP	TAP	USP	COR	USI	IGE	LME	UAC	UAP	UCL	ING	Días AFP	Días EPS	Días AFP	Días EPS	Administradora	IBC Pensión	Aporte Pensión	Administradora	IBC Salud	Aporte Salud	Tarifa	IBC Riesgos	Aporte Riesgos	Administradora	IBC Caja	Aporte Caja	Aporte SENA	Aporte ICBF	ESAP	Aporte Ministerio	Total	
CC 1129565934	CARMEN PAOLA ORTIZ PAYARES	59	00																	0	30	30	30	0	(231001) COLFONDOS	\$ 3.020.000	\$ 483.200	(EPS005) EPS SANITAS	\$ 3.020.000	\$ 377.500	2,436	\$ 3.020.000	\$ 73.600	(NIN-CC) NINGUNA CCF	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 934.300

III.TOTALES

IBC Pensión	IBC Salud	IBC Riesgos	IBC Cajas	Aportes Pensión	Aportes Salud	Aportes Riesgos	Aportes Cajas	Aportes Sena	Aportes ICBF	Aportes ESAP	Aportes Min Educación	(Incapacidades, Licencias, Saldos a Favor) EPS	Incapacidades ARP	SUBTOTAL SIN INTERESES DE MORA	TOTAL INTERESES DE MORA	TOTAL FINAL
\$ 3.020.000	\$ 3.020.000	\$ 3.020.000	\$ 0	\$ 483.200	\$ 377.500	\$ 73.600	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 934.300	\$ 2.000	\$ 936.300

Líneas de Servicio FonoSIMPLE: Bogotá 601 4446634 - Cali: 602 5540577 - Medellín: 604 5146669 - Bucaramanga: 607 6438000 - Cartagena: 605 6945444 - Pereira: 606 3402582 - Barranquilla: 605 3618850 - Resto del País: 018000 971 971 - ¡Más que Fácil, SIMPLE!

Antes de imprimir, asegúrese que sea realmente necesario. Proteger el medio ambiente está en nuestras manos.

Página 1 de 1

¡El Poder de lo SIMPLE!

Documentos de ejecución del contrato

Descripción	Nombre del archivo	Cargado por		
☐ PS_5639_2025_CUENTA DE COBRO JUNIO 2025..pdf	PS_5639_2025_CUENTA DE COBRO JUNIO 2025..pdf	Proveedor	Descargar	Detalle
☐ PS 5639 2025 CUENTA DE COBRO JUNIO 2025.pdf	PS 5639 2025 CUENTA DE COBRO JUNIO 2025.pdf	Proveedor	Descargar	Detalle
☐ PS 5639 2025 CUENTA DE COBRO JULIO 2025..pdf	PS 5639 2025 CUENTA DE COBRO JULIO 2025..pdf	Proveedor	Descargar	Detalle
☐ PS 5639 2025 CUENTA DE COBRO AGOSTO.pdf	PS 5639 2025 CUENTA DE COBRO AGOSTO.pdf	Proveedor	Descargar	Detalle
☐ PS 5639 2025 CUENTA DE COBRO SEPTIEMBRE 2025.pdf	PS 5639 2025 CUENTA DE COBRO SEPTIEMBRE 2025.pdf	Proveedor	Descargar	Detalle
☐ 1 PS 5639 2025 CRP-17280.pdf	1 PS 5639 2025 CRP-17280.pdf	Comprador	Descargar	Detalle
☐ PS 5639 2025 CUENTA DE COBRO OCTUBRE 2025.pdf	PS 5639 2025 CUENTA DE COBRO OCTUBRE 2025.pdf	Proveedor	Descargar	Detalle
☐ PS 5639 2025 CUENTA DE COBRO NOVIEMBRE 2025..pdf	PS 5639 2025 CUENTA DE COBRO NOVIEMBRE 2025..pdf	Proveedor	Descargar	Detalle

Borrar Cargar nuevo

Cancelar

< Evaluación de la Entidad Estatal >

DATOS DEL CONTRATISTA					
FECHA DE DILIGENCIAMIENTO: (31-12-2025)					
NOMBRES Y APELLIDOS:	CARMEN PAOLA ORTIZ PAYARES			CC:	1129565934
CORREO ELECTRÓNICO:	paholaortizss-2013@hotmail.com			TELÉFONO:	3168284034
DIRECCIÓN DOMICILIO:	KR 72B 22A 85			CIUDAD:	BOGOTA
BANCO AL CUAL CONSIGNAR:	BANCO DAVIVIENDA S.A.	TIPO DE CUENTA:	AHORROS	N° CUENTA:	488428304700
DATOS DEL CONTRATO O ADICION Y PERIODO OBJETO DE PAGO					
N° DEL CONTRATO:	PS 5639 2025	VALOR CORRESPONDIENTE AL PERIODO OBJETO DE COBRO		\$ 7.500.024	
FECHA DE INICIO CONTRATO	2025/04/06	FECHA DE TERMINACIÓN CONTRATO:		2025/12/31	
PERIODO OBJETO DE COBRO:	DEL 2025/12/01 AL 2025/12/31				
 CARMEN PAOLA ORTIZ PAYARES PS_5639_2025_9321C4 NOMBRE Y FIRMA DEL CONTRATISTA: CARMEN PAOLA ORTIZ PAYARES CC: 1129565934 CEL: 3168284034					

CELEBRADO ENTRE LA SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E Y
CARMEN PAOLA ORTIZ PAYARES

CON C.C N°1.129.565.934

OBJETO DEL CONTRATO:PRESTAR SERVICIOS PROFESIONALES COMO MEDICO PARA DESARROLLAR ACTIVIDADES EN LA DIRECCION 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 SEGUN RESOLUCION 1499 26-08-2024

CONTRATO DE PRESTACION DE SERVICIOSPROFESIONALES No.PS 5639 2025FECHA INICIO CONTRATO2025/04/06

VALOR INICIAL DEL CONTRATO\$21.750.070No. HORAS EJECUTADAS184

VALOR TOTAL DEL CONTRATO INCLUIDO ADICIONES:\$55.190.394VALOR DE HONORARIOS PERÍODO A CERTIFICAR:\$7.500.024

PLAZO DEL CONTRATO INCLUYENDO PRORROGASNUEVE (9) MESES

UNIDAD FUNCIONAL DE EJECUCIÓN DE ACTIVIDADES:HOSPITAL SANTA CLARA

NOMBRE DEL SUPERVISOR:LUZ MARINA HERNANDEZ HERNANDEZ

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	REALICE CONSULTAS MEDICAS SEGÚN EL CURSO DE VIDA Y LA PRIORIDAD DE LOS PACIENTES VALORADOS EN FORMATO DE HISTORIA CLINICA RESOLUTIVA, RESOLUTIVA CRONICA O PYD SEGUN CORRESPONDA
2	IDENTIFIQUE LOS PRINCIPALES CAMBIOS EN EL DESARROLLO FÍSICO, EMOCIONAL Y SOCIAL EN CADA UNO DE LOS PACIENTES VALORADOS, DE ACUERDO CON SU CURSO DE VIDA
3	IDENTIFIQUE OPORTUNAMENTE FACTORES DE RIESGOS EN LOS PACIENTES VALORADOS MEDIANTE LA APLICACIÓN DE LAS ESCALAS DE MEDICION RESPECTIVAS SEGÚN EL CURSO DE VIDA DE CADA PACIENTE
4	BRINDE EDUCACIÓN SOBRE HáBITOS DE VIDA SALUDABLE DE ACUERDO A LO ENCONTRADO EN CADA UNO DE LOS PACIENTES VALORADOS
5	REALICE PLANES DE CUIDADO INDIVIDUAL, SEGÚN LO IDENTIFICADO EN LA CONSULTA, ACORDANDO CON LOS PACIENTES TRATAMIENTOS FARMACOLOGICOS Y NO FALMACOLOGICO
6	REALICE HISTORIAS CLÍNICAS EN SU FORMATO CORRESPONDIENTE ESTANDARIZADO POR LA SUBRED CENTRO ORIENTE
7	REGISTRE LA INFORMACIÓN DE LA ATENCIÓN BRINDADA EN LA BASE DE DATOS DEL APLICATIVO GTAPS DE CADA PACIENTE VALORADO
8	LA POBLACIÓN QUE VALORE DURANTE EL MES FUE TIPIFICADA SEGÚN SU RIESGO O ENFERMEDAD, EN TIPOLOGÍA 4, CON CLASIFICACIÓN DE LA FAMILIA COMO ALTA, EN TIPOLOGÍA 3, CON FAMILIA DE PRIORIDAD ALTA, TIPOLOGÍA 2, FAMILIA CON PRIORIDAD MEDIA, SON PACIENTES QUE LLEVAN UN CONTROL REGULAR DE SALUD, CON ALGUNOS RIESGOS DENTRO DE LOS QUE SE ENCUENTRAN EL SOBREPESO Y MALOS HáBITOS DIETÉTICOS.
9	SE REALIZA PRIORIZACIÓN A MUJERES GESTANTES, NIÑOS MENORES DE CINCO (5) AÑOS, PERSONAS CON ENFERMEDADES CRÓNICAS, ADULTOS MAYORES, PERSONAS EN CONDICIÓN DE DISCAPACIDAD O DEPENDENCIA, Y SUS CUIDADORES, SI NO SE ENCUENTRAN CASA PARA VALORARLOS EN LA ESTRATEGIA DE RUTEO
10	EN LOS CURSOS DE VIDA IDENTIFICADOS EN LAFAMILIA SE REALIZÓ DEMANDA INDUCIDA A VALORACIÓN INTEGRAL, DETECCIÓN TEMPRANA, Y PROTECCIÓN ESPECÍFICA.
11	REALICE EL REGISTRO OPORTUNO DE LOS PACIENTES VALORADOS, EN EL LINK DE FACTURACION, EN EL APLICATIVO GTAPS, Y EN DINAMICA GENERENCIAL
12	REALICE DEMANDA INDUCIDA, VALORACIÓN INTEGRAL, DETECCIÓN TEMPRANA, Y PROTECCIÓN ESPECÍFICA SEGÚN EL CURSO DE VIDA A LOS PACIENTES VALORADOS
13	ASISTI A LOS COMITES Y CAPACITACIONES PROGRAMADAS DURANTE EL MES
14	ENTREGUE LOS SIGUIENTES PRODUCTOS CONFORME A LO ESTABLECIDO EN LOS LINEAMIENTOS TÉCNICOS -HISTORIA CLÍNICA EN EL FORMATO LA PLATAFORMA DINCAMICA, ELABORADA SEGÚN LA VALORACIÓN INDIVIDUAL Y LA PERTINENCIA CLÍNICA DE CADA USUARIO ATENDIDO. -CARGUE DE USUARIOS EN EL APLICATIVO GTAPS, CORRESPONDIENTE A LOS PACIENTES QUE FUERON FACTURADOS DURANTE ESTE PERIODO. -REGISTRO DIARIO DE PACIENTES EN EL LINK DE FACTURACION -PLAN DE CUIDADO FAMILIAR SEGÚN NECESIDADES DETECTADAS EN LA POBLACION VALORADA.

15	REALICE LAS DEMÁS ACTIVIDADES RELACIONADAS CON EL OBJETO CONTRACTUAL 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 (2025-12-01) AL (2025-12-31)			
IV. INFORMACIÓN DE APORTES A SEGURIDAD SOCIAL			
No. DE PLANILLA:	N° 1077291887	OPERADOR:	SIMPLE
CONCEPTO DEL PAGO	ENTIDAD	FECHA DE PAGO	VALOR PAGADO
SALUD:	SANITAS	2025/12/12	\$ 377.500
PENSIÓN:	COLFONDOS	2025/12/12	\$ 483.200
RIESGOS LABORALES:	SURA	2025/12/12	\$ 73.600
OTRO			
TOTAL PAGADO			\$ 934.300
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 ningún 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	 CARMEN PAOLA ORTIZ PAYARES PS_5639_2025_9321C4 CARMEN PAOLA ORTIZ PAYARES CC: 1129565934		
FIRMA DE QUIEN CONVALIDA EL CUMPLIMIENTO DE LAS OBLIGACIONES PARA EL PRESENTE PERIODO DE PAGO	 LUZ MARINA HERNANDEZ HERNANDEZ PS_5639_2025_9321C4 LUZ MARINA HERNANDEZ HERNANDEZ SUPERVISOR DEL CONTRATO		