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: (31-12-2025)					
NOMBRES Y APELLIDOS:	**KIMBERLY DANIELA CAMACHO RODRIGUEZ**			**CC:**	**1026305568**
CORREO ELECTRÓNICO:	**DANIKAMACHO-2504@HOTMAIL.COM**			**TELÉFONO:**	**3173993863**
DIRECCIÓN DOMICILIO:	**DG 3B 7A 10 ESTE**			**CIUDAD:**	**BOGOTA**
BANCO AL CUAL CONSIGNAR:	**BANCOLOMBIA**	**TIPO DE CUENTA:**	**AHORROS**	**N° CUENTA:**	**14100000332**
DATOS DEL CONTRATO O ADICION Y PERIODO OBJETO DE PAGO					
Nº DEL CONTRATO:	**PS 8043 2025**	**VALOR CORRESPONDIENTE AL PERIODO OBJETO DE COBRO**			**$ 2.404.899**
FECHA DE INICIO CONTRATO	**2025/12/01**	**FECHA DE TERMINACIÓN CONTRATO:**			**2025/12/31**
PERIODO OBJETO DE COBRO:	**DEL 2025/12/02 AL 2025/12/31**				

KIMBERLY DANIELA CAMACHO RODRIGUEZ
PS_8043_2025_CA8608

NOMBRE Y FIRMA DEL CONTRATISTA:
KIMBERLY DANIELA CAMACHO RODRIGUEZ
CC: 1026305568
CEL: 3173993863

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

KIMBERLY DANIELA CAMACHO RODRIGUEZ

CON C.C N°	**1.026.305.568**

OBJETO DEL CONTRATO:	PRESTAR SERVICIOS TECNICOS COMO AUXILIAR DE ENFERMERIA 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

CONTRATO DE PRESTACION DE SERVICIOS PROFESIONALES No.	**PS 8043 2025**	**FECHA INICIO CONTRATO**	**2025/12/01**
VALOR INICIAL DEL CONTRATO	$ 1.250.004	**No. HORAS EJECUTADAS**	**177**
VALOR TOTAL DEL CONTRATO INCLUIDO ADICIONES:	$ 2.500.008	**VALOR DE HONORARIOS PERÍODO A CERTIFICAR:**	$ 2.404.899
PLAZO DEL CONTRATO INCLUYENDO PRORROGAS	UNO (1) MESES		
UNIDAD FUNCIONAL DE EJECUCIÓN DE ACTIVIDADES:	HOSPITAL SANTA CLARA		
NOMBRE DEL SUPERVISOR:	LUZ MARINA HERNANDEZ HERNANDEZ		

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	1 SE LLEVA A CABO LA REVISION PERIODICA DE LOS REGISTRO DE ATENCION DE LOS USUARIOS EN LA BASE DE DATOS INTERNA DEL CENTRO GARANTIZANDO EL CUMPLIMIENTO DE LOS PROTOCOLOS ESTABLECIDOS POR LA RESOLUCION Y ADAPTANDO LAS INTERVENCIONES ALAS NECESIDADES PARTICULARES DE LOS PACIENTES INTRAMURALES.
2	ASEGURA QUE LA INFORMACION DE LOS USURIOS ATENDIDOS EN EL CAPS SEA REGISTRADA DE 2 ACUERDO CON LOS PROCEDIMIENTOS INTERNOS DEL CENTRO
3	3 IDENTIFICAR LA PRIORIDAD DE LA FAMILIA (ALTA, MEDIA O BAJA) SEGÚN LAS CONDICCIONES CLINICAS DE CADA UNO DE LOS INTEGRANTES, REALIZANDO SEGUIMIENTO PERIODICO Y CIERRE DEL CASO EN EL SISTEMA DEACUERDO CON LA PRIORIDAD ASIGNADA
4	4 REVISAR EL ESQUEMA DE VACUNACION DEL USUARIO EN EL SISTEMA PAI WEB 2.0 REALIZANDO DEMANDA INDUCIDA PARA EL AGENDAMIENTO DE CADA PACIENTE, SE ORGANIZA JORNADAS DE VACUNACION DENTRO DEL CAPS SE ASEGURA LA ACTUALIZACION Y COBERTURA COMPLETA DE BIOLOGICOS.EN CASO DE ENCONTRARREGISTROS INCOMPLETOS SE INFORMA AL PROFESIONAL DE PAI PARA SU CORRECCION.
5	5 REALIZAR CONTACTO TELEFONICO CON EL USUARIO O CUIDADOR PARA RECORDARLES EL DIA Y HORA DE LA CITA ASIGNADA PARA CONSULTA EN EL CAPS SEGÚN SEA NECESARIO.
6	6 LLEVAR EL REGISTRO DE USUARIOS CARACTERIZADOS GARANTIZANDO EL CUMPLIMIENTO DE CRITRIOS DE CALIDAD, OPORTUNDAD Y PERTINENCIA SEGÚN LOS ESTANDARES.
7	7 ASISTIR A CAPACITACIONES DE LA RUTA INTEGRAL DE LA SALUD, COMITES Y/O CONVOCATORIAS.
8	8 REALIZAR VALORACION INTEGRAL A LOS USUARIOS DURANTE LA INTERVENCION, IDENTIFICANDO RIESGO Y DERIVANDO A LOS SERVICIOS CORRESPONDIENTES DENTRO DEL CAPS SEGÚN SEA NECESARIO.
9	9 REALIZAR NOTIFICACION D EVENTOS DE INTERES DE SALUD PUBLICA SIVIGILA.
10	10 AGENDAMIENTO EN TIEMPO REAL PARA ATENCIONES EN SALUD INDIVIDUALES DEFINIDO EN EL LINEAMIENTO TECNICO Y OPERATIVO DE LA RPMS (RESOLUCION 3280-2018) DANDO CUMPLIMIENTO EN LA ATENCION SEGÚN LA NECESIDAD QUE EVIDENCIEN EN EL USUARIO

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 (2025-12-02) AL (2025-12-31)

IV. INFORMACIÓN DE APORTES A SEGURIDAD SOCIAL

No. DE PLANILLA:	N°	OPERADOR:	

CONCEPTO DEL PAGO	ENTIDAD	FECHA DE PAGO	VALOR PAGADO
SALUD:	SANITAS		$ 0
PENSIÓN:	COLPENSIONES		$ 0
RIESGOS LABORALES:	SEGUROS BOLIVAR		$ 0
OTRO			
TOTAL PAGADO			$ 0

V. DECLARACIONES DEL CONTRATISTA

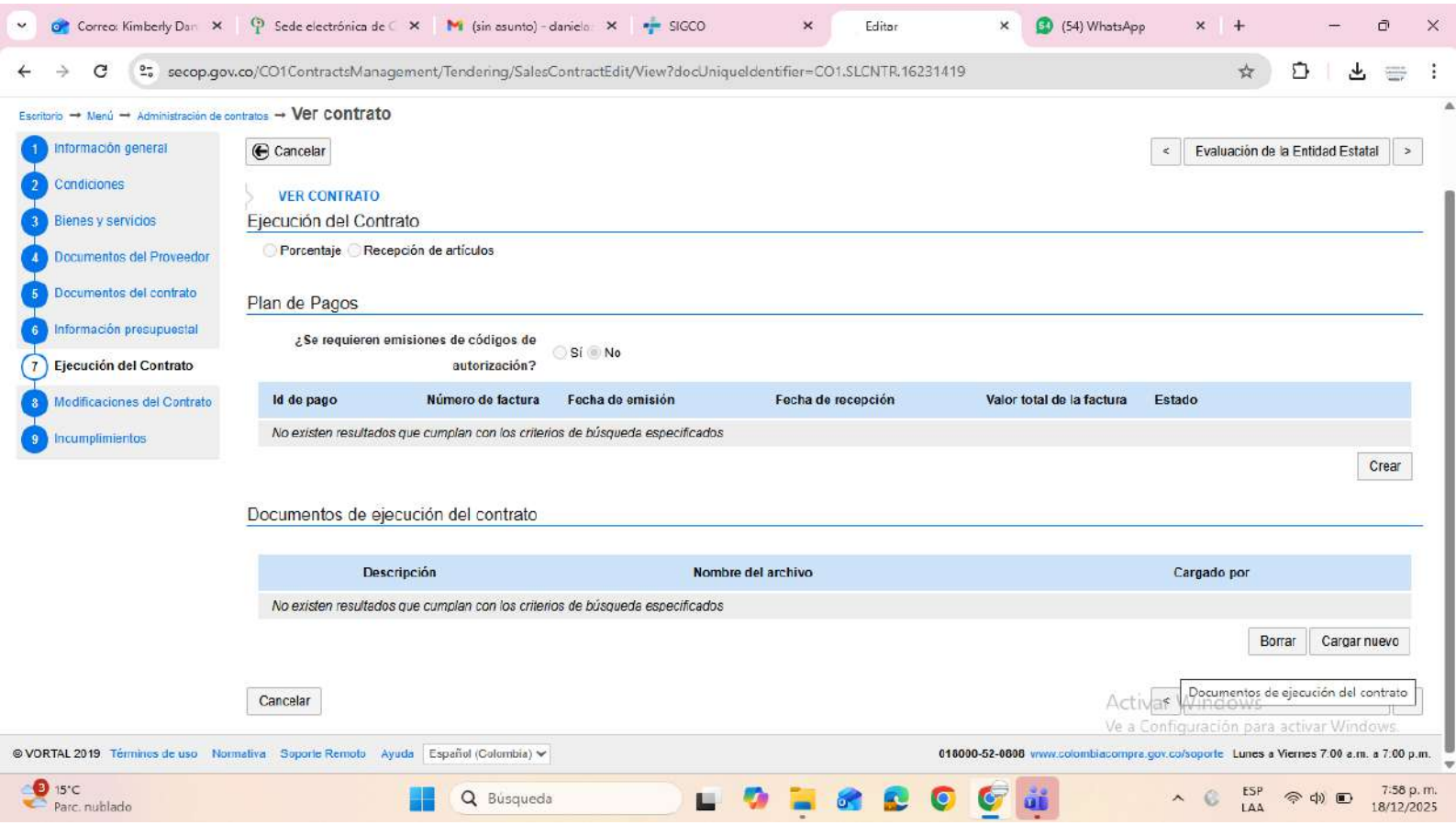
1.- Que desarrollé las actividades descritas en el informe anexo, dentro del período de cobro.
2.- Que realicé el pago de la Seguridad Social donde el ibc se calculo sobre el 40% de los ingresos cancelados del mes anterior pago del cual anexo copia simple, sin que en ningun caso el IBC sea menor a 1 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	*KIMBERLY DANIELA CAMACHO RODRIGUEZ* *PS_8043_2025_CA8608* **KIMBERLY DANIELA CAMACHO RODRIGUEZ** **CC: 1026305568**
FIRMA DE QUIEN CONVALIDA EL CUMPLIMIENTO DE LAS OBLIGACIONES PARA EL PRESENTE PERIODO DE PAGO	*LUZ MARINA HERNANDEZ HERNANDEZ* *PS_8043_2025_CA8608* **LUZ MARINA HERNANDEZ HERNANDEZ** **SUPERVISOR DEL CONTRATO**


Correo: Kimberly Dan
Sede electrónica de C
(sin asunto) - daniela
SIGCO
Editar
(54) WhatsApp
secop.gov.co/CO1ContractsManagement/Tendering/SalesContractEdit/View?docUniqueIdentifier=CO1.SLCNTR.16231419
Escritorio → Menú → Administración de contratos → Ver contrato
1 Información general
2 Condiciones
3 Bienes y servicios
4 Documentos del Proveedor
5 Documentos del contrato
6 Información presupuestal
7 Ejecución del Contrato
8 Modificaciones del Contrato
9 Incumplimientos
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? Sí 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
No existen resultados que cumplan con los criterios de búsqueda especificados
Borrar Cargar nuevo
Cancelar
Documentos de ejecución del contrato
Activar Windows
Ve a Configuración para activar Windows.
© VORTAL 2019 Términos de uso Normativa Soporte Remoto Ayuda Español (Colombia)
018000-52-0808 www.colombiacompra.gov.co/soporte Lunes a Viernes 7:00 a.m. a 7:00 p.m.
15°C
Parc. nublado
Búsqueda
ESP
LAA
7:58 p. m.
18/12/2025

CERTIFICADO DE AFILIACIÓN AL POS DE EPS SANITAS

La **EPS SANITAS** en desarrollo de su programa especial para la garantía y prestación del Plan Obligatorio de Salud denominado EPS **SANITAS**,

CERTIFICA

Que Kimberly Daniela Camacho Rodriguez, identificado(a) con CC número 1026305568, está registrado(a) en el POS DE EPS SANITAS con la siguiente información:

TIPO Y NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN	CC 1026305568
NOMBRES Y APELLIDOS	Kimberly Daniela Camacho Rodriguez
TIPO DE AFILIADO	Titular
PARENTESCO	Titular
FECHA DE NACIMIENTO	25/04/1999
ESTADO DE LA AFILIACIÓN	5 Tiene Derecho A Urgencias
CAUSA ESTADO DE AFILIACIÓN	15 - Proteccion Laboral
FECHA DE INGRESO A EPS SANITAS	01/02/2023
FECHA DE RETIRO LABORAL / EPS SANITAS	26/11/2025
SEMANAS COTIZADAS EN EPS SANITAS	Sin semanas reportadas en EPS SANITAS
SEMANAS COTIZADAS EN OTRA EPS	Sin semanas reportadas en EPS SANITAS
SEMANAS COTIZADAS EN ÚLTIMO AÑO	Sin semanas reportadas en EPS SANITAS
RÉGIMEN	Subsidiado
FECHA DE AFILIACIÓN AL RÉGIMEN	27/12/2025
NIVEL SISBEN	2
EMPLEADOR(ES)*	

N.I.T. 860026518 CHUBB SEGUROS COLOMBIA S A Desde 01/05/2025 Hasta 26/11/2025CEDULA DE CIUDADANIA 1026305568 KIMBERLY DANIELA CAMACHO RODRIGUEZ Desde 18/06/2024 Hasta 30/04/2025N.I.T. 860026518 CHUBB SEGUROS COLOMBIA S A Desde 01/03/2024 Hasta 30/04/2025

Generado por interfaces 18/12/2025

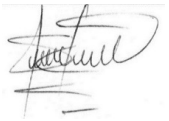
ESTE DOCUMENTO "NO ES VÁLIDO" PARA LA PRESTACIÓN DEL SERVICIO, NI PARA TRASLADOS.

LA ADMINISTRADORA COLOMBIANA DE PENSIONES - COLPENSIONES

CERTIFICA QUE

Verificada la base de datos de afiliados, el/la señor/a **KIMBERLY DANIELA CAMACHO RODRIGUEZ** identificado/a con documento de identidad **Cédula de Ciudadanía** número **1026305568,** se encuentra afiliado/a desde **17/10/2018** al Régimen de Prima Media con Prestación Definida (RPM) administrado por la Administradora Colombiana de Pensiones **COLPENSIONES**.

La presente certificación se expide en Bogotá, el día 18 de diciembre de 2025.



Rosa Mercedes Nino Amaya
Dirección de Afiliaciones

Nota: Certificado generado desde la página Web. Este documento no es válido para el reconocimiento de prestaciones económicas, está sujeto a verificación y no tiene costo alguno.

VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA