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:	**ROSA EMPERATRIZ CAMACHO PARRA**			**CC:**	**41749482**
CORREO ELECTRÓNICO:	**RROSACAMACHO@YAHOOO.ES**			**TELÉFONO:**	**3144568720**
DIRECCIÓN DOMICILIO:	**CL 1C 8 26 ESTE**			**CIUDAD:**	**BOGOTA**
BANCO AL CUAL CONSIGNAR:	**BBVA COLOMBIA**	**TIPO DE CUENTA:**	**AHORROS**	**N° CUENTA:**	**074101601**
DATOS DEL CONTRATO O ADICION Y PERIODO OBJETO DE PAGO					
Nº DEL CONTRATO:	**PS 8061 2025**	**VALOR CORRESPONDIENTE AL PERIODO OBJETO DE COBRO**			**$ 2.336.964**
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**				

ROSA EMPERATRIZ CAMACHO PARRA
PS_8061_2025_0E8A55

NOMBRE Y FIRMA DEL CONTRATISTA:
ROSA EMPERATRIZ CAMACHO PARRA
CC: 41749482
CEL: 3144568720

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			
ROSA EMPERATRIZ CAMACHO PARRA			
	CON C.C N°	**41.749.482**	
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 8061 2025**	**FECHA INICIO CONTRATO**	**2025/12/01**
VALOR INICIAL DEL CONTRATO	$ 1.250.004	**No. HORAS EJECUTADAS**	**172**
VALOR TOTAL DEL CONTRATO INCLUIDO ADICIONES:	$ 2.500.008	**VALOR DE HONORARIOS PERÍODO A CERTIFICAR:**	$ 2.336.964
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	EL CONTRATISTA DEBERÁ REALIZAR LA APROPIACIÓN DE LA NORMATIVIDAD Y LINEAMIENTOS REQUERIDOS PARA LA IMPLEMENTACIÓN DE LOS EQUIPOS BÁSICOS DE SALUD DE ACUERDO CON LA RESOLUCIÓN 1499 DEL 26 DE AGOSTO DE 2024 EXPEDIDA POR EL MINISTERIO DE SALUD Y PROTECCIÓN SOCIAL Y TODAS AQUELLAS QUE LA MODIFIQUEN Y ADICIONEN.
2	DEBERÁ PARTICIPAR EN LAS CAPACITACIONES DE LOS APLICATIVOS REQUERIDOS PARA EL REGISTRO DE LAS INTERVENCIONES, TALES COMO EL SISTEMA DE GESTIÓN TERRITORIAL PARA LA ATENCIÓN PRIMARIA SOCIAL GTAPS Y DINÁMICA GERENCIAL EN LO RELACIONADO CON LA HISTORIA CLÍNICA.
3	VERIFICACIÓN DE FRECUENCIA DE USO SEGÚN EL ESQUEMA DE INTERVENCIONES/ATENCIONES EN SALUD INDIVIDUALES DEFINIDO EN EL LINEAMIENTO TÉCNICO Y OPERATIVO DE LA RPMS RESOLUCIÓN 3280-2018 , CON EL FIN DE DEFINIR EL TIPO DE ATENCIÓN QUE LE CORRESPONDE A CADA USUARIO
4	GARANTIZAR LA APERTURA DE LA HISTORIA CLÍNICA EN EL APLICATIVO DINÁMICA GERENCIAL Y EL APLICATIVO GTAPS
5	DEBERÁ REALIZAR LA PROGRAMACIÓN Y ATENCIÓN SEGÚN LA PERIODICIDAD DE LOS SEGUIMIENTOS, ASÍ COMO LA MODALIDAD PRESENCIAL O TELEFÓNICA, DEPENDIENDO DE LA CLASIFICACIÓN FAMILIAR ALTA, MEDIA Y BAJA , REGISTRANDO EL DESARROLLO EN EL APLICATIVO EN LÍNEA GTAPS. ASÍ MISMO, DEBERÁ REALIZAR LA ATENCIÓN Y REGISTRO DE LOS INTEGRANTES DE LA FAMILIA DE ACUERDO CON SU CONDICIÓN DE SALUD Y LA CLASIFICACIÓN CORRESPONDIENTE TIPO 1, 2, 3 Y 4
6	6. EN CASO DE QUE LA FAMILIA REPORTE INTEGRANTES PERTENECIENTES A POBLACIÓN PRIORIZADA, TALES COMO MUJERES GESTANTES, NIÑOS MENORES DE CINCO AÑOS, PERSONAS CON ENFERMEDADES CRÓNICAS, ADULTOS MAYORES, PERSONAS EN CONDICIÓN DE DISCAPACIDAD O DEPENDENCIA Y SUS CUIDADORES, DEBERÁ PROGRAMARSE UNA NUEVA VISITA EN LA QUE EL USUARIO SE ENCUENTRE PRESENTE Y RECIBA LA ATENCIÓN EN SALUD POR PARTE DEL EQUIPO.
7	CONSULTAR EN EL APLICATIVO PLAN AMPLIADO DE INMUNIZACIÓN - PAI WEB 2.0 DE LA SECRETARIA DISTRITAL DE SALUD EL ESQUEMA DE VACUNACIÓN DEL USUARIO. EN CASO DE NO ENCONTRAR REGISTRO COMPLETO DE LOS BIOLÓGICOS, INFORMAR AL PROFESIONAL DE PAI. 8
8	8. REALIZAR CONTACTO TELEFÓNICO CON EL USUARIO O CUIDADOR CON EL FIN DE VERIFICAR DATOS DE UBICACIÓN E INFORMAR EL DÍA EN QUE SE REALIZARÁ LA ATENCIÓN EN CASA
9	9. DILIGENCIAR EL FORMATO DE USUARIOS CARACTERIZADOS CON CRITERIOS DE CALIDAD, OPORTUNIDAD Y PERTINENCIA.
10	10. REALIZAR CANALIZACIONES SEGÚN PERTINENCIA Y DANDO CUMPLIMIENTO DEFINIDO EN EL LINEAMIENTO TÉCNICO Y OPERATIVO DE LA RUTA INTEGRAL DE ATENCIÓN PARA LA PROMOCIÓN Y MANTENIMIENTO DE LA SALUD - RPMS RESOLUCIÓN 3280-2018 .
11	REALIZAR LA VALORACIÓN INTEGRAL A USUARIOS AL MOMENTO DE LA INTERVENCIÓN, IDENTIFICACIÓN DE RIESGOS Y DERIVACIÓN DE LOS MISMOS.
12	REALIZAR LA NOTIFICACIÓN DE EVENTOS DE INTERÉS DE SALUD PÚBLICA

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:	NUEVA EPS		$ 0
PENSIÓN:	COLPENSIONES		$ 0
RIESGOS LABORALES:	COLMENA		$ 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	*ROSA EMPERATRIZ CAMACHO PARRA* *PS_8061_2025_0E8A55* **ROSA EMPERATRIZ CAMACHO PARRA** **CC: 41749482**
FIRMA DE QUIEN CONVALIDA EL CUMPLIMIENTO DE LAS OBLIGACIONES PARA EL PRESENTE PERIODO DE PAGO	*LUZ MARINA HERNANDEZ HERNANDEZ* *PS_8061_2025_0E8A55* **LUZ MARINA HERNANDEZ HERNANDEZ** **SUPERVISOR DEL CONTRATO**

CERTIFICA

Que la persona relacionada a continuación, en cumplimiento a lo establecido en las normas legales vigentes, ha cotizado al Sistema General de Seguridad Social en Salud a través de esta Entidad Promotora de Salud las siguientes semanas de cotización:

Datos del COTIZANTE	
CC 41749482 ROSA EMPERATRIZ CAMACHO PARRA	
Estado Cotizante:	**Vigente**
Causal:	**ACTIVO4**
Semanas Cotizadas Nueva EPS S.A.:	**178**
Fecha Afiliación:	**01/04/2013**
Fecha Último Periodo Cotizado:	
Fecha Cancelación:	

La presente certificación se expide el día 11 de Diciembre de 2025 a solicitud del (de la) interesado(a).

Observaciones:

NO VÁLIDO PARA TRASLADO A OTRA EPS

Cordialmente,



Gerencia de Afiliaciones

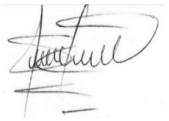
Nueva EPS S.A.

LA ADMINISTRADORA COLOMBIANA DE PENSIONES - COLPENSIONES

CERTIFICA QUE

Verificada la base de datos de afiliados, el/la señor/a **ROSA EMPERATRIZ CAMACHO PARRA** identificado/a con documento de identidad **Cédula de Ciudadanía** número **41749482,** se encuentra afiliado/a desde **24/01/1990** 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 11 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

CERTIFICACIÓN DE AFILIACIÓN

Colmena Seguros se permite certificar que el(la) trabajador(a) mencionado(a) a continuación se encuentra afiliado(a) a esta administradora, bajo los siguientes datos:

NOMBRE:	CAMACHO PARRA ROSA EMPERATRIZ
IDENTIFICACIÓN:	CC 41749482
INICIO VIGENCIA:	02/12/2025
FECHA INICIO CONTRATO:	02-12-2025
FECHA FIN CONTRATO:	31-12-2026
TIPO DE TRABAJADOR:	Independiente
SEDE:	Principal
CLASE:	3
TASA:	2,436
CODIGO ACTIVIDAD ECONOMICA DEL TRABAJADOR:	3861001
DESCRIPCION ACTIVIDAD ECONOMICA:	Actividades de hospitales y clínicas, con internación, comprende las actividades que consisten principalmente en laboratorio clínico, endoscopia, patología etc., cuando se prestan a pacientes internos (Decreto 768 de 2022)

DATOS CONTRATANTE

CONTRATANTE:	SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE
CC /NIT:	NI 900959051
CONTRATO:	95003222
ESTADO ACTUAL CONTRATO:	VIGENTE
CODIGO ACTIVIDAD ECONOMICA DEL CENTRO DE TRABAJO:	3861001
DESCRIPCION ACTIVIDAD ECONOMICA:	Actividades de hospitales y clínicas, con internación, comprende las actividades que consisten principalmente en laboratorio clínico, endoscopia, patología etc., cuando se prestan a pacientes internos (Decreto 768 de 2022)

La presente se expide a los 09 días del mes de diciembre del año 2025.

Cualquier información adicional que se requiera sobre los datos contenidos en el presente documento, no dude en consultarla a través de nuestra Línea Efectiva 01-8000-9-19667 gratis a nivel nacional o al teléfono 6014010447 en Bogotá.

Cordialmente,



Gerente de Servicio

Colmena Seguros

VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA
Colmena Seguros de Vida S.A. | Colmena Seguros Riesgos Laborales S.A.

El presente documento fue expedido desde el portal de Internet de **Colmena Seguros**, el día 09/12/2025 10:00:39. Las operaciones realizadas a través de la página de Internet de **Colmena Seguros**, se rigen por los términos y condiciones de uso de esta página, por las normas del Código de Comercio y por la ley 527 de 1999 y por lo tanto, tienen plena validez jurídica.

BBVA COLOMBIA
NIT 860.003.020-1

CERTIFICA

Que **ROSA EMPERATRIZ CAMACHO PARRA** identificado(a) con **cédula de ciudadanía número 41.749.482** se encuentra vinculado(a) a nuestra entidad a través de la **Cuenta De Ahorros Libreton No 00130074000200101601** aperturada el **19 de abril de 2013**, cuenta **activa** y que a la fecha ha presentado un manejo conforme a lo establecido contractualmente.

El número de cuenta podrá ser utilizada en nuestros canales como se indica a continuación:

9 dígitos: **074101601**
10 dígitos: **0074101601**
16 dígitos: **0074000200101601**

Recuerde que, para pago en nómina a través de Net Cash, el formato a utilizar es de 16 dígitos.

Esta certificación se expide a solicitud del titular el día 02 de **Diciembre** de **2025** a las **14:23**, con destino a **Quien Interese.**

FIRMA AUTOGRAFICA



FIRMA AUTORIZADA

BBVACOLOMBIA

VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA

BBVA COLOMBIA ESTABLECIMIENTO BANCARIO