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: 5
FECHA: 2024-09-09

DATOS DEL CONTRATISTA					
FECHA DE DILIGENCIAMIENTO: (31-07-2025)					
NOMBRES Y APELLIDOS:	**DANIELA GARCIA PEREIRA**			**CC:**	**1001197904**
CORREO ELECTRÓNICO:	**GARICAPEREIRADANIELA06@GMAIL.COM**			**TELÉFONO:**	**3132974351**
DIRECCIÓN DOMICILIO:	**CALLE 168A # 58 A 87 CASA1**			**CIUDAD:**	**BOGOTA**
BANCO AL CUAL CONSIGNAR:	**BANCOLOMBIA S.A.**	**TIPO DE CUENTA:**	**AHORROS**	**N° CUENTA:**	**94462767697**

DATOS DEL CONTRATO O ADICION Y PERIODO OBJETO DE PAGO						
Nº DEL CONTRATO:	**PS 1884 2025**	**N° CDP:**	**1799**	**N°. RP:**	**0**	**PLAZO DEL CONTRATO INCLUIDAS PRORROGAS: OCHO (8) MESES**
FECHA DE INICIO CONTRATO	**2025/01/01**	**FECHA DE TERMINACIÓN CONTRATO:**		**2025/08/31**		
PERIODO OBJETO DE COBRO:	**DEL 2025/07/01 AL 2025/07/31**					
VALOR A PAGAR CORRESPONDIENTE AL PERIODO OBJETO DE COBRO	**$ 7.617.672**					

DANIELA GARCIA PEREIRA
PS_1884_2025_831795-2025-07-18 11:28:26

NOMBRE Y FIRMA DEL CONTRATISTA:
DANIELA GARCIA PEREIRA
CC: 1001197904
CEL: 3132974351

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			
DANIELA GARCIA PEREIRA			
	CON C.C N°	**1.001.197.904**	
OBJETO DEL CONTRATO:	PRESTAR SERVICIOS PROFESIONALES COMO MEDICO GENERAL PARA DESARROLLAR ACTIVIDADES EN LA DIRECCION DE SERVICIOS HOSPITALARIOS DE LA SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E.		
CONTRATO DE PRESTACION DE SERVICIOS PROFESIONALES No.	**PS 1884 2025**	**FECHA INICIO CONTRATO**	**2025/01/01**
VALOR INICIAL DEL CONTRATO	$ 15.517.480	**No. HORAS EJECUTADAS**	**216**
VALOR TOTAL DEL CONTRATO INCLUIDO ADICIONES:	$ 68.206.378	**VALOR DE HONORARIOS PERÍODO A CERTIFICAR:**	$ 7.617.672
PLAZO DEL CONTRATO INCLUYENDO PRORROGAS	OCHO (8) MESES		
UNIDAD FUNCIONAL DE EJECUCIÓN DE ACTIVIDADES:	HOSPITAL SANTA CLARA		
NOMBRE DEL SUPERVISOR:	PEDRO RICARDO GONZALEZ CAÑON		

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	Diligencie en forma completa, oportuna, sistematizada y legible (en los casos en que se presenten fallas del sistema), los formatos, la historias clinicas, consentimiento informado, reportes de estudios y demas registros propios de su actuar, de acuerdo a lo establecido en la normatividad vigente, los procedimientos de auditoria y demas directrices relacionadas con el manejo de historias clinicas y respaldando todas las actuaciones realizadas al paciente con la firma
2	Garantice la debida reserva de la informacion del paciente y de los registros clinicos
3	Notifique los sucesos de seguridad que se presenten durante el proceso de atencion al paciente y apoyar en los analisis a los que sea convocado e implementar las acciones de mejora definidas para el servicio
4	Reporte los eventos de notificacion obligatoria con la oportunidad establecida en la normatividad vigente
5	Apoye las actividades de docencia de servicio en la revista medica u otro espacio dirigidas a los estudiantes y/o personal del servicio, para el desarrollo y formacion del recurso humano en salud
6	Informe a la comunidad sobre la prevencion de las enfermedades propias de su especialidad
7	Asisti a las jornadas de capacitacion, induccion, reuniones, comites y eventos a los cuales sea convocado
8	informe oportunamente al supervisor del contrato cualquier novedad que afecte el cumplimiento de sus obligaciones
9	facilite las labores de supervision, evaluacion y control que la subred realice en forma directa por la subdireccion de servicios de salud, la oficina de calidad y/o a traves de terceros
10	Cumpli oportunamente las recomendaciones, oportunidades de mejora, actas de compromiso y demas solicitudes de la supervision y de la oficina de calidad
11	Realice inscripcion en el rethus, mipres y ruaf
12	Porte el carnet institucional de la subred durante la ejecucion de las actividades contractuales
13	Preste el servicio de conformidad con la programacion de agenda acordada con el supervisor del contrato, para el desarrollo de sus actividades
14	informe al paciente y su familia sobre la condicion clinica, plan de manejo, atencion y recomendaciones de egreso, generando un alto grado de satisfaccion sobre los servicios prestados, resolviendo inquietudes relacionadas con el proceso de atencion
15	Utilice de manera adecuada los equipos, elementos e instalaciones y los recursos que la subred aporte al desarrollo de las actividades contratadas y responder por su reposicion o reparacion cuando los daños se ocasionen por negligencia o inadecuada manipulacion de los mismos
16	Participe en las investigaciones y estudios especificos de casos tendientes a resolver causas y soluciones a problemas propios de su especialidad relacionados con esta Contenidas en el formato de necesidad de personal que hace parte integral del presente contrato
17	Reporte al area de recursos fisicos activos fijos de la subred, los equipos de propiedad del contratista, que se destine a las actividades asistenciales
18	Respondi por la seguridad de los equipos que se encuentren bajo su custodia
19	Apoye la elaboracion de respuestas a reclamaciones y requerimientos que se presenten en desarrollo de la atencion que se obliga a prestar a los usuarios o pacientes que demanden el servicio
20	Preste el apoyo necesario para dar respuesta a objeciones iniciales evitando asi que se genere glosa definitiva o procesos de conciliacion por parte de eapb
21	Diligencie los registros de las atenciones, procedimientos, actividades e intervenciones, que permita mantener actualizados los informes estadisticos definidos por la normatividad vigente y todos aquellos registros necesarios para el cumplimiento de los procesos de costos y facturacion
22	Respete los derechos del paciente, cumplir el codigo de etica medica y las disposiciones legales pertinentes propias de los servicios en donde se preste la atencion

23	Realice el seguimiento y control a pacientes en los que se requiera su participacion e impartir instrucciones al equipo de salud sobre los procedimientos ordenados
24	Realice resumenes de historia clinica, epicrisis u otros documentos asistenciales o administrativos que sean solicitados
25	Realice las actividades, procedimientos diagnosticos y terapeuticos determinados dentro del plan de manejo de su especialidad, con un alto nivel cientifico, etico y humano, de una manera oportuna y pertinente, en correspondencia con las necesidades de los pacientes, y teniendo en cuenta que todas las decisiones clinicas generadas en la atencion medica procuraran el mejoramiento de la salud del paciente
26	Brinde una atencion en salud con oportunidad, integridad, suficiencia y pertinencia, en un ambiente de atencion personalizada y humanizada, cumpliendo el principio de equidad y con enfasis en actividades, procedimientos, protocolos, intervenciones y guias de atencion, de acuerdo a los estandares de habilitacion y acreditacion
27	Cumpli con las actividades segun las necesidades de la subred dando cubertura en todas las unidades en donde se presta el servicio y sea requerido

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 (2025-07-01) AL (2025-07-31)

IV. INFORMACIÓN DE APORTES A SEGURIDAD SOCIAL

No. DE PLANILLA:	N° 9488757312	OPERADOR:	APORTES EN LINEA

CONCEPTO DEL PAGO	ENTIDAD	FECHA DE PAGO	VALOR PAGADO
SALUD:	NUEVA EPS	2025/07/10	$ 455.000
PENSIÓN:	COLPENSIONES	2025/07/10	$ 582.400
RIESGOS LABORALES:	SURA	2025/07/10	$ 88.700
OTRO			
TOTAL PAGADO			$ 1.126.100

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	*DANIELA GARCIA PEREIRA* *PS_1884_2025_831795-2025-07-18 11:28:26* **DANIELA GARCIA PEREIRA** **CC: 1001197904**
FIRMA DE QUIEN VALIDA	*DEISY YANETH HENAO VILLALOBOS* *PS_1884_2025_831795-2025-07-18 17:47:27* **DEISY YANETH HENAO VILLALOBOS** **SUPERVISOR ALTERNO**

FIRMA DE QUIEN CONVALIDA EL CUMPLIMIENTO DE LAS OBLIGACIONES PARA EL PRESENTE PERIODO DE PAGO	*PEDRO RICARDO GONZALEZ CAÑON* *PS_1884_2025_831795-2025-07-18 18:16:16* **PEDRO RICARDO GONZALEZ CAÑON** **SUPERVISOR DEL CONTRATO**

aportes en línea

Resumen General de Pago

DATOS GENERALES DEL APORTANTE

Identificación	dv	Razon Social	Clase Aportante	Sucursal Principal	Direccion	Ciudad-Departamento	Teléfono	Exonerado SENA e ICBF
CC 1001197904		GARCIA PEREIRA DANIELA	INDEPENDIENTE	PRINCIPAL	calle 168 a #58 a 87	BOGOTA-BOGOTA D.E.	3132974351	No

DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION

Periodo		Clave		Tipo	Fecha		Pago		
Pensión	Salud	Pago	Planilla	Planilla	Limite	Pago	Banco	Dias Mora	Valor
2025-12	2025-12	2054030651	9497326823	I	2026/01/05	2026/01/02	NEQUI	0	$995,200

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
Sucursal: PRINCIPAL (1 Afiliados)					$3,216,351	$514,700			$3,216,351	$402,100			$0	$0			$3,216,351	$78,400		$0	$0
Centro de Trabajo: PRINCIPAL (1 Afiliados)					$3,216,351	$514,700			$3,216,351	$402,100			$0	$0			$3,216,351	$78,400		$0	$0
Ciudad: BOGOTA Depto: BOGOTA D.E. (1 Afiliados)					$3,216,351	$514,700			$3,216,351	$402,100			$0	$0			$3,216,351	$78,400		$0	$0
1	CC	1001197904	GARCIA DANIELA	25-14	30	$3,216,351	$514,700	EPS002	30	$3,216,351	$402,100		0	$0	$0	14-11	30	$3,216,351	$78,400	0	$0	$0
Total		**Afiliados(1)**				$3,216,351	$514,700			$3,216,351	$402,100			$0	$0			$3,216,351	$78,400		$0	$0

aportes en línea

Resumen General de Pago

DATOS GENERALES DEL APORTANTE

Identificación	dv	Razon Social	Clase Aportante	Sucursal Principal	Direccion	Ciudad-Departamento	Teléfono	Exonerado SENA e ICBF
CC 1001197904		GARCIA PEREIRA DANIELA	INDEPENDIENTE	PRINCIPAL	calle 168 a #58 a 87	BOGOTA-BOGOTA D.E.	3132974351	No

DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION

Periodo		Clave		Tipo	Fecha		Pago		
Pensión	Salud	Pago	Planilla	Planilla	Limite	Pago	Banco	Dias Mora	Valor
2025-12	2025-12	2054030651	9497326823	I	2026/01/05	2026/01/02	NEQUI	0	$995,200

RESUMEN DE PAGO

RIESGO	CODIGO	NIT	DV	AFILIADOS	VALOR LIQUIDADO	INTERESES MORA	SALDOS E INCAPACIDADES	VALOR A PAGAR
AFP (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$514,700	$0	$0	$514,700
COLPENSIONES	25-14	900,336,004	7	1	$514,700	$0	$0	$514,700
ARL (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$78,400	$0	$0	$78,400
ARL SURA	14-11	890,903,790	5	1	$78,400	$0	$0	$78,400
EPS (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$402,100	$0	$0	$402,100
SALUD TOTAL	EPS002	800,130,907	4	1	$402,100	$0	$0	$402,100
TOTAL				1	$995,200	$0	$0	$995,200