

|                                                                                                                                                                                                                                                                               |                              |                                                                                                                                                                                                                      |         |                                                                              |             |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------|------------------------------------------------------------------------------|-------------|
|                                                                                                                                                                                                |                              | <b>SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E</b><br><b>APOYO - GESTION DE CONTRATACIÓN</b><br><b>FORMATO CUENTA DE COBRO CONTRATO DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS</b><br><b>Y DE APOYO A LA GESTIÓN</b> |         | <b>CÓDIGO: AP-IA-FT-014</b><br><b>VERSIÓN: 7</b><br><b>FECHA: 2025-06-09</b> |             |
| DATOS DEL CONTRATISTA                                                                                                                                                                                                                                                         |                              |                                                                                                                                                                                                                      |         |                                                                              |             |
| FECHA DE DILIGENCIAMIENTO: (31-01-2026)                                                                                                                                                                                                                                       |                              |                                                                                                                                                                                                                      |         |                                                                              |             |
| NOMBRES Y APELLIDOS:                                                                                                                                                                                                                                                          | CARMEN JULIA BERMUDEZ OSPINA |                                                                                                                                                                                                                      |         | CC:                                                                          | 23180368    |
| CORREO ELECTRÓNICO:                                                                                                                                                                                                                                                           | MENBERMUDEZ473@GMAIL.COM     |                                                                                                                                                                                                                      |         | TELÉFONO:                                                                    | 3202876763  |
| DIRECCIÓN DOMICILIO:                                                                                                                                                                                                                                                          | KR 81D 8C 92                 |                                                                                                                                                                                                                      |         | CIUDAD:                                                                      | BOGOTA      |
| BANCO AL CUAL CONSIGNAR:                                                                                                                                                                                                                                                      | BANCO CAJA SOCIAL            | TIPO DE CUENTA:                                                                                                                                                                                                      | AHORROS | N° CUENTA:                                                                   | 24142131671 |
| DATOS DEL CONTRATO O ADICION Y PERIODO OBJETO DE PAGO                                                                                                                                                                                                                         |                              |                                                                                                                                                                                                                      |         |                                                                              |             |
| N° DEL CONTRATO:                                                                                                                                                                                                                                                              | PS 5646 2025                 | VALOR CORRESPONDIENTE AL PERIODO OBJETO DE COBRO                                                                                                                                                                     |         | \$ 2.500.008                                                                 |             |
| FECHA DE INICIO CONTRATO                                                                                                                                                                                                                                                      | 2025/04/06                   | FECHA DE TERMINACIÓN CONTRATO:                                                                                                                                                                                       |         | 2026/01/31                                                                   |             |
| PERIODO OBJETO DE COBRO:                                                                                                                                                                                                                                                      | DEL 2026/01/01 AL 2026/01/31 |                                                                                                                                                                                                                      |         |                                                                              |             |
| <div><div>CARMEN JULIA BERMUDEZ OSPINA<br/>PS_5646_2025_3710FD</div></div> <div>NOMBRE Y FIRMA DEL CONTRATISTA:<br/>CARMEN JULIA BERMUDEZ OSPINA<br/>CC: 23180368<br/>CEL: 3202876763</div> |                              |                                                                                                                                                                                                                      |         |                                                                              |             |

|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             |                                           |                                  |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------|----------------------------------|
| <div><div><div><div></div><div>Secretaría de Salud</div><div>Subred Integrada de Servicios de Salud</div></div><div>Centro Oriente E.S.E.</div></div><div><div>SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E</div><div>APOYO - GESTION DE CONTRATACIÓN</div><div>FORMATO INFORME DE EJECUCIÓN Y SUPERVISION DE ACTIVIDADES DEL</div><div>CONTRATO DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS Y DE APOYO A LA GESTIÓN</div></div><div><div>CÓDIGO:</div><div>AP-IA-FT-077</div><div>VERSIÓN: 2</div><div>FECHA: 2025-06-09</div></div></div> |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             |                                           |                                  |
| CELEBRADO ENTRE LA SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E Y                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             |                                           |                                  |
| CARMEN JULIA BERMUDEZ OSPINA                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             |                                           |                                  |
| CON C.C N°                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             | 23.180.368                                |                                  |
| OBJETO DEL CONTRATO:                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      | PRESTAR SERVICIOS TECNICOS COMO AUXILIAR DE ENFERMERIA PARA DESARROLLAR ACTIVIDADES EN LA DIRECCI?N 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 SEG?N RESOLUCION 1499 26-08-2024                                 |                                           |                                  |
| CONTRATO DE PRESTACION DE SERVICIOS PROFESIONALES No.                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             | PS 5646 2025                              | FECHA INICIO CONTRATO 2025/04/06 |
| VALOR INICIAL DEL CONTRATO                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                | \$ 7.250.023                                                                                                                                                                                                                                                                                                                | No. HORAS EJECUTADAS                      | 184                              |
| VALOR TOTAL DEL CONTRATO INCLUIDO ADICIONES:                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              | \$ 21.671.265                                                                                                                                                                                                                                                                                                               | VALOR DE HONORARIOS PERÍODO A CERTIFICAR: | \$ 2.500.008                     |
| PLAZO DEL CONTRATO INCLUYENDO PRORROGAS                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   | DIEZ (10) 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                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         | SE REALIZA LA 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                                                           |                                           |                                  |
| 2                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         | SE GARANTIZARÁ LA APERTURA DE LA HISTORIA CLÍNICA Y DARÁ ACCESO AL PROFESIONAL DE LA SALUD CORRESPONDIENTE, QUIEN HARÁ LA CONSIGNACIÓN DE LA ATENCIÓN MÉDICA EN EL SISTEMA DE INFORMACIÓN PARA REGISTRO DE HISTORIA CLÍNICA                                                                                                 |                                           |                                  |
| 3                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         | SE VERIFICARÁ EL REGISTRO DE LA ATENCIÓN Y DARÁ CIERRE AL PROCESO                                                                                                                                                                                                                                                           |                                           |                                  |
| 4                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         | SE REALIZARA LA CONSULTA EN EL APLICATIVO PAI WEB 2.0 DE LA SECRETARIA DISTRITAL DE SALUD EL ANTECEDENTE DE VACUNAS DEL USUARIO CON EL FIN DE DETERMINAR LOS BIOLÓGICOS A APLICAR. EN CASO DE NO ENCONTRAR REGISTRO ORIENTARA LA APLICACIÓN DE LOS BIOLÓGICOS CON RELACIÓN A LA INFORMACIÓN REMITIDA POR EL GESTOR FAMILIAR |                                           |                                  |
| 5                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         | SE HARÁ 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                                                                                                                                                                  |                                           |                                  |
| 6                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         | COMO AUXILIAR DE ENFERMERÍA LLEVARE UN REGISTRO DIARIO CON LA RELACIÓN DE LOS USUARIOS CARACTERIZADOS Y LA INFORMACIÓN QUE CORRESPONDE PARA ESTE PROCESO.                                                                                                                                                                   |                                           |                                  |
| 7                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         | SE ASISTE A COMITÉS DE CUIDADO. Y. A TODAS LAS ACTIVIDADES PAUTADAS                                                                                                                                                                                                                                                         |                                           |                                  |
| 8                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         | SE REALIZAN LAS DEMÁS ACTIVIDADES RELACIONADAS CON EL OBJETO CONTRACTUAL QUE ASIGNE EL SUPERVISOR DEL CONTRATO BAJO EL CONVENIO DE EBS DE MINISTERIO DE SALUD Y PROTECCION SOCIAL SEGÚN RESOLUCIÓN 1499 26-08-2024.                                                                                                         |                                           |                                  |
| 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 (2026-01-01) AL (2026-01-31)

| IV. INFORMACIÓN DE APORTES A SEGURIDAD SOCIAL |               |               |              |
|-----------------------------------------------|---------------|---------------|--------------|
| No. DE PLANILLA:                              | N° 1078645932 | OPERADOR:     | SIMPLE       |
| CONCEPTO DEL PAGO                             | ENTIDAD       | FECHA DE PAGO | VALOR PAGADO |
| SALUD:                                        | COMPENSAR     | 2026/01/08    | \$ 178.000   |
| PENSIÓN:                                      | PORVENIR      | 2026/01/08    | \$ 227.800   |
| RIESGOS LABORALES:                            | POSITIVA      | 2026/01/08    | \$ 35.000    |
| OTRO                                          |               |               |              |
| TOTAL PAGADO                                  |               |               | \$ 440.800   |

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                                                                                        | <div><div>CARMEN JULIA BERMUDEZ OSPINA<br/>PS_5646_2025_3710FD</div><hr/>CARMEN JULIA BERMUDEZ OSPINA<br/>CC: 23180368</div>                 |
| FIRMA DE QUIEN CONVALIDA EL CUMPLIMIENTO DE LAS OBLIGACIONES PARA EL PRESENTE PERIODO DE PAGO                         | <div><div>LUZ MARINA HERNANDEZ HERNANDEZ<br/>PS_5646_2025_3710FD</div><hr/>LUZ MARINA HERNANDEZ HERNANDEZ<br/>SUPERVISOR DEL CONTRATO</div> |

> DOCUMENT DETAIL

Document Identification

FileID: 46060BB778AADC563762EF5B40E7F82EB71B07C5E421998E465EE9CA8E7CFEBD

Key Location: File

Document Information

Description: PS\_5646 \_2025\_CUENTA DE COBRO DICIEMBRE 2025 (1).pdf

Name: PS\_5646 \_2025\_CUENTA DE COBRO DICIEMBRE 2025 (1).pdf

Size: 2452981

Status: Not Encrypted

Uploaded by: Carmen Julia Bermudas ospina

Upload Date: 20/12/2025 8:43:42 AM ((UTC-05:00) Bogotá, Lima, Quito)

Document is being used on

| Owner Type | Reference                    |
|------------|------------------------------|
| User       | Carmen Julia Bermudas ospina |
| Company    | Carmen Julia Bermudez Ospina |