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: (31-01-2026)					
NOMBRES Y APELLIDOS:	**DEYSI ROMERO LONDOÑO**			**CC:**	**39559821**
CORREO ELECTRÓNICO:	**DEYSITAMOR@HOTMAIL.COM**			**TELÉFONO:**	**3132166721**
DIRECCIÓN DOMICILIO:	**KR 24 8 16 SUR**			**CIUDAD:**	**BOGOTA**
BANCO AL CUAL CONSIGNAR:	**BANCO DAVIVIENDA S.A.**	**TIPO DE CUENTA:**	**AHORROS**	**N° CUENTA:**	**008400719343**
DATOS DEL CONTRATO O ADICION Y PERIODO OBJETO DE PAGO					
Nº DEL CONTRATO:	**PS 1205 2025**	**VALOR CORRESPONDIENTE AL PERIODO OBJETO DE COBRO**			**$ 3.551.040**
FECHA DE INICIO CONTRATO	**2025/01/01**	**FECHA DE TERMINACIÓN CONTRATO:**			**2026/01/31**
PERIODO OBJETO DE COBRO:	**DEL 2026/01/01 AL 2026/01/31**				

DEYSI ROMERO LONDOÑO
PS_1205_2025_EA02EF

NOMBRE Y FIRMA DEL CONTRATISTA:
DEYSI ROMERO LONDOÑO
CC: 39559821
CEL: 3132166721

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			
DEYSI ROMERO LONDOÑO			
	CON C.C N°	**39.559.821**	
OBJETO DEL CONTRATO:	PRESTAR SERVICIOS PROFESIONALES COMO ENFERMERO (A) PARA DESARROLLAR ACTIVIDADES EN LA DIRECCION DE SERVICIOS AMBULATORIOS DE LA SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E.		
CONTRATO DE PRESTACION DE SERVICIOS PROFESIONALES No.	**PS 1205 2025**	**FECHA INICIO CONTRATO**	**2025/01/01**
VALOR INICIAL DEL CONTRATO	$ 17.360.640	**No. HORAS EJECUTADAS**	**180**
VALOR TOTAL DEL CONTRATO INCLUIDO ADICIONES:	$ 55.231.824	**VALOR DE HONORARIOS PERÍODO A CERTIFICAR:**	$ 3.551.040
PLAZO DEL CONTRATO INCLUYENDO PRORROGAS	TRECE (13) MESES		
UNIDAD FUNCIONAL DE EJECUCIÓN DE ACTIVIDADES:	HOSPITAL MATERNO INFANTIL		
NOMBRE DEL SUPERVISOR:	DIANA ISABEL MORA MORALES		

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	Prestar su servicio de apoyo en forma personal y autónoma como enfermero(a) en el servicio ambulatorio, en lo relacionado con actividades de promoción de la salud y detección de la enfermedad según curso de vida, programas de atención y condiciones de los usuarios, programación y supervisión de las actividades que realizan los auxiliares de enfermería y demás procedimientos, actividades y reportes que se derivan de la atención relacionada con su profesión según la demanda de usuarios y necesidad del Servicio en cada una de las sedes que conforman la Subred Centro Oriente, sujetándose a la normatividad vigente en el marco del sistema obligatorio de garantía de la calidad en salud para el ejercicio de la profesión, acogiéndose las guías y protocolos definidos por la Subred.
2	Realizar procedimientos de acuerdo a su competencia
3	Realizar seguimiento a los programas de promoción de la salud y detección de la enfermedad conforme a necesidades del servicio, así como de eventos de interés en salud pública
4	Reportar los eventos de notificación obligatoria con la oportunidad establecida en la normatividad vigente.
5	Cumplir con las normas de bioseguridad, limpieza y desinfección conforme a los protocolos y guías de la entidad
6	Apoyar el proceso de gestión y operación de: BAI, SIVIGILA, IAAS, EEVV, Patologías y Eventos de Alto Costo, seguimiento y monitoreo de Cohortes según grupos de riesgo priorizados en el marco del MAITE.
7	Apoyar el proceso de gestión de fuentes de información y bases de datos relacionados con las cohortes de seguimiento.
8	Realizar el diligenciamiento de los RIPS, de conformidad a la normatividad vigente y requerimientos institucionales.
9	Apoyar actividades relacionadas con el proceso de acreditación de la Subred Integrada de Servicios de Salud Centro oriente ESE

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° 9496870942	OPERADOR:	APORTES EN LINEA
CONCEPTO DEL PAGO	ENTIDAD	FECHA DE PAGO	VALOR PAGADO

SALUD:	SANITAS	2026/01/08	$ 207.500
PENSIÓN:	COLPENSIONES	2026/01/08	$ 265.600
RIESGOS LABORALES:	SEGUROS BOLIVAR	2026/01/08	$ 40.500
OTRO			
TOTAL PAGADO			$ 513.600

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	*DEYSI ROMERO LONDOÑO* *PS_1205_2025_EA02EF* **DEYSI ROMERO LONDOÑO** **CC: 39559821**
FIRMA DE QUIEN CONVALIDA EL CUMPLIMIENTO DE LAS OBLIGACIONES PARA EL PRESENTE PERIODO DE PAGO	*DIANA ISABEL MORA MORALES* *PS_1205_2025_EA02EF* **DIANA ISABEL MORA MORALES** **SUPERVISOR DEL CONTRATO**

aportes en línea

Planilla Resumen

DATOS GENERALES DEL APORTANTE

Identificación	dv	Razon Social	Clase Aportante	Sucursal Principal	Direccion	Ciudad-Departamento	Teléfono	Exonerado SENA e ICBF
CC 39559821		ROMERO LONDOÑO DEYSI	INDEPENDIENTE	PRINCIPAL	CRA 24 8 16 SUR	BOGOTA-BOGOTA D.E.	3132166721	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	2069432703	9496870942	I	2026/01/07	2026/01/08	BANCO DAVIVIENDA	1	$514,100

LIQUIDACION DETALLADA DE APORTES

EMPLEADO			NOVEDADES																		PENSION				SALUD				CCF				RIESGOS					PARAFISCALES				
No.	Identificación	Nombre	ing	ret	tde	tae	tdp	tap	vsp	cor	vst	sln	ige	lma	vac	avp	vct	irl	vip		Codigo	Dias	IBC	Aporte	Codigo	Dias	IBC	Aporte	Codigo	Días	IBC	Aporte	Codigo	Días	IBC	Tarifa	Aporte	Días	IBC	Aporte	Exonerado SENA e ICBF	Total Aportes
SUCURSAL: PRINCIPAL (1 Afiliados)																							$1,660,000	$265,600			$1,660,000	$207,500			$0	$0			$1,660,000		$40,500		$0	$0		$513,600
Centro de Trabajo: PRINCIPAL (1 Afiliados)																							$1,660,000	$265,600			$1,660,000	$207,500			$0	$0			$1,660,000		$40,500		$0	$0		$513,600
Ciudad: BOGOTA Depto: BOGOTA D.E. (1 Afiliados)																							$1,660,000	$265,600			$1,660,000	$207,500			$0	$0			$1,660,000		$40,500		$0	$0		$513,600
1	CC	39559821	ROMERO DEYSI																		25-14	30	$1,660,000	$265,600	EPS005	30	$1,660,000	$207,500		0	$0	$0	14-7	30	$1,660,000	2.436%	$40,500	0	$0	$0	No	$513,600
Total		**Afiliados(1)**																					$1,660,000	$265,600			$1,660,000	$207,500			$0	$0			$1,660,000		$40,500		$0	$0		$513,600

aportes en línea

Planilla Resumen

RESUMEN DE PAGO

RIESGO	CODIGO	NIT	DV	AFILIADOS	VALOR LIQUIDADO	INTERESES MORA	SALDOS E INCAPACIDADES	VALOR A PAGAR
AFP (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$265,600	$200	$0	$265,800
COLPENSIONES	25-14	900,336,004	7	1	$265,600	$200	$0	$265,800
ARL (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$40,500	$100	$0	$40,600
SEGUROS BOLIVAR	14-7	860,002,503	2	1	$40,500	$100	$0	$40,600
EPS (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$207,500	$200	$0	$207,700
SANITAS	EPS005	800,251,440	6	1	$207,500	$200	$0	$207,700
TOTAL				1	$513,600	$500	$0	$514,100