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:	ANGIE CAROLINA NATIB ROSERO			CC:	1085332969
CORREO ELECTRÓNICO:	ANGIENATIB96@GMAIL.COM			TELÉFONO:	3043247478
DIRECCIÓN DOMICILIO:	CL 167 65 86 TO 2 AP 504			CIUDAD:	BOGOTA
BANCO AL CUAL CONSIGNAR:	BANCO CAJA SOCIAL	TIPO DE CUENTA:	AHORROS	N° CUENTA:	24147526849
DATOS DEL CONTRATO O ADICION Y PERIODO OBJETO DE PAGO					
Nº DEL CONTRATO:	PS 6037 2025	VALOR CORRESPONDIENTE AL PERIODO OBJETO DE COBRO			$ 3.628.743
FECHA DE INICIO CONTRATO	2025/07/28	FECHA DE TERMINACIÓN CONTRATO:			2026/03/02
PERIODO OBJETO DE COBRO:	DEL 2026/01/01 AL 2026/01/31				

ANGIE CAROLINA NATIB ROSERO
PS_6037_2025_CC5A2F

NOMBRE Y FIRMA DEL CONTRATISTA:
ANGIE CAROLINA NATIB ROSERO
CC: 1085332969
CEL: 3043247478

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			
ANGIE CAROLINA NATIB ROSERO			
CON C.C N°	**1.085.332.969**		
OBJETO DEL CONTRATO:	PRESTAR SERVICIOS PROFESIONALES COMO TERAPEUTA OCUPACIONAL PARA DESARROLLAR ACTIVIDADES EN LA DIRECCION DE GESTION INTEGRAL DEL RIESGO EN SALUD DE LA SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E. PARA LA RESOLUCI?N 00001146/2025 CAMAD PPL MINISTERIO DE SALUD Y PROTECCI?N SOCIAL		
CONTRATO DE PRESTACION DE SERVICIOS PROFESIONALES No.	**PS 6037 2025**	**FECHA INICIO CONTRATO**	**2025/07/28**
VALOR INICIAL DEL CONTRATO	$ 1.451.497	**No. HORAS EJECUTADAS**	**167**
VALOR TOTAL DEL CONTRATO INCLUIDO ADICIONES:	$ 29.906.348	**VALOR DE HONORARIOS PERÍODO A CERTIFICAR:**	$ 3.628.743
PLAZO DEL CONTRATO INCLUYENDO PRORROGAS	SIETE (7) MESES Y DOS (2) DÍAS		
UNIDAD FUNCIONAL DE EJECUCIÓN DE ACTIVIDADES:	CENTRO DE SALUD PRIMERO DE MAYO		
NOMBRE DEL SUPERVISOR:	ANA MARGARET RABA SIERRA		

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	Obligación 1. Prestar sus servicios con calidad y oportunidad, para el desarrollo de las actividades del proyecto CAMAD suscrito entre el ministerio y la Subred. 1.1. Actividades desarrolladas: Se realiza la elaboración de 1 informe técnico, atenciones y escuchas en el marco del manejo del estrés, depresión y conducta suicida, Se realizan procesos de identificacion y caracterizacion de las mujeres privadas de la libertad en el centro penitenciario. 1.2. Producto/ Evidencia: Listados de asistencia por fecha, formatos de caracterización en físico.
2	Obligación 2. Presentar mensualmente el cronograma de actividades a desarrollar. 2.1. Actividades desarrolladas: Se elaboró proyección de actividades del área de Terapia Ocupacional para el enero, febrero y marzo según solicitud de MSPS. 2.2. Producto/ Evidencia: Cronograma de actividades de Terapia Ocupacional para el mes de enero, febrero y marzo.
3	Obligación 3. Realizar apropiación conceptual desde su perfil con los anexos y lineamientos técnicos proyecto CAMAD suscrito entre el ministerio y la Subred. Apoyar la prestación de servicios en el proyecto, presentando la información y/o soportes que se solicite conforme a los anexos y lineamientos técnicos proyecto CAMAD suscrito entre el ministerio y la Subred. 3.1. Actividades desarrolladas: Se realizo el apoyo de la gestión en elaboracion de aportes de informe desde el area de terapia ocupacional, se realiza ajuste a encuesta de satisfacción de atencines del CAMAD PPL. 3.2. Producto/ Evidencia: formato encuesta de satisfacción de los diferentes servicios, informe aporte de terapia ocupacional con analisis cualitativo y cuantitativo para el MSPS.
4	Obligación 4. Apoyar las actividades inherentes al objeto del contrato para el mejoramiento continuo de calidad y aquellas definidas dentro de los planes de mejoramiento de los diferentes estándares de habilitación y acreditación de servicios de salud. 4.1. Actividades desarrolladas:Se apoyo las actividades inherentes al contrato con la revisión, retroalimentación de caracterización, informes solicitados entre otros. 4.2.Producto/ Evidencia: Informes de Fortalecimiento de capacidades del Talento Humano enviado correo coordinación/ Formulario de google diligenciamiento de caracterización.
5	Obligación 5. Cumplir con la meta, actividades y/o productos programados y asignados con la calidad del dato requerida (oportunidad, consistencia, exactitud) desde su perfil profesional y conforme a los anexos y lineamientos técnicos que hagan parte de la relación contractual entre el ministerio y la Subred. 5.1. Actividades desarrolladas:Se aplicó formato de caracterización a mujeres privadas de la libertad del centro penitenciario El buen Pastor. 5.2. Producto/ Evidencia: Formatos de caracterización en físico y caracterizaciones subida a google forms.
6	Obligación 6. Evaluar el desempeño ocupacional de los internos, identificando sus necesidades, fortalezas y áreas de dificultad. 6.1.Actividades desarrolladas: Se realiza el proceso de valoración individual a mujeres privadas de la libertad de patio 1, 2, 8. 6.2. Producto/ Evidencia: Formatos de evaluación TO OPHI -II en fisico y listados de asistencia.
7	Obligación 7. Fortalecer a través de charlas, talleres y programas de capacitación el desempeño ocupacional de las PPL de la Cárcel El Buen Pastor, orientándolas para su reingreso a la sociedad, promoviendo la rehabilitación y resocialización. 7.1. Actividades desarrolladas: Se establece y se proyecta un cronograma para el fortalecimiento y capacitacion de las PPL y personal administrativo dentro de la cárcel Buen Pastor. 7.2. Producto/ Evidencia: Cronograma funcionamiento equipo CAMAD PPL Enero.
8	Obligación 8. Realizar el abordaje y manejo de la ansiedad del preso a las personas que presentan esta condición en la población objeto. 8.1. Actividades desarrolladas:Se proyectó abordaje de la ansiedad del preso mediante el talleres "mapa de vida"; identidad y autoestima; manejo emocional y estrategias de afrontamiento. 8.2. Producto/ Evidencia: Listados de asistencia a talleres o abordajes colectivos dentro de la carcel Buen Pastor.
	Obligación 9. Realizar revisión y responder por los formatos de captura, documentos, bases o informes generados como resultado de las acciones o intervenciones realizadas de acuerdo a los lineamientos técnicos del MSPS del proyecto CAMAD. "9.1. Actividades desarrolladas: Se realiza revisión, desarrollo y diligenciamiento de formatos de captura, documentos, bases o informes generados como resultado de las acciones

9	o intervenciones realizadas de acuerdo a los lineamientos técnicos del MSPS del proyecto CAMAD" . 9.2. Producto/ Evidencia: Formatos de asistencia, diligenciamiento de informes en drive, carpeta en drive profesional.
10	Obligación 10. Realizar la identificación temprana y abordaje inicial de problemas y trastornos mentales, con énfasis en reacciones al estrés, depresión y conducta suicida. "10.1. Actividades desarrolladas: Como parte de la identificación temprana y abordaje inicial de problemas y trastornos mentales dentro de las caracterizaciones realizadas se identifico usuarias PPL con alto riesgo de estrés, depresión y conducta suicida que serán remitidas a atencion interdisciplinar del equipo CAMAD." 10.2. Producto/ Evidencia: Impresiones diagnósticas consignadas en formatos de caracterizacion en fisico y digital. Se realizan dos canalizaciones a Golleman para abordaje en salud mental y consumo de SPA.
11	Obligación 11. Promover estrategias preventivas y de gestión del riesgo en la PPL de la Cárcel El Buen Pastor. 11.1. Actividades desarrolladas: Se proyectaron acciones preventivas como parte de la gestión del riesgo en la sesiones establecidas en acta por parte de dupla profesional de terapia ocupacional para la intervenciones de las PPL. 11.2. Producto/ Evidencia: Cronograma TO Enero, Listados de asistencia de intervenciones y seguimientos.
12	Obligación 12. Apoyar con la elaboración del informe mensual general de acuerdo a los avances de ejecución del proyecto. 12.1. Actividades desarrolladas:Se realizó la gestión documental de cada actividad realizada durante el mes, entre ellas elaboración de informes, correcion de papeleria, encuestas de satisfacción. 12.2. Producto/ Evidencia: Documentación en Drive Terapeuta Ocupacional.
13	Obligación 13. Apoyar con el proceso administrativo del proyecto de acuerdo a los aspectos técnicos y metodológicos del proyecto. 13.1. Actividades desarrolladas:Se apoyo el proceso administrativo con la entrega en fisico a tecnico administrativo para empalme de documentación fisica del proyecto. 13.2.Producto/ Evidencia: Acta de entrega de documentación a tecnico administrativa.
14	Obligación 14. Realizar la gestión documental de cada actividad realizada durante el mes y entregar el soporte al líder del proceso, la actividad deberá ser realizada de manera mensual. 14.1.Actividades desarrolladas: Se realizó la gestión documental de cada actividad realizada durante el mes, entre ellas, corrección de informes, estadisticas, documentación administrativa, entre otras. 14.2. Producto/ Evidencia: Informes preliminares de actividades en ejecución del CAMAD, Fortalecimiento de capacidades de Talento humano, etc.
15	Obligación 15. Demás concernientes en el marco del presente proyecto RESOLUCIÓN Página 3 de 35 SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E APOYO GESTION DE CONTRATACION FORMATO MINUTA CONTRATOS OPS CÓDIGO: AP-IA-FT-076 VERSIÓN: 1 FECHA: 2024-07-04 00001146/2025 CAMAD PPL MINISTERIO DE SALUD Y PROTECCIÓN SOCIAL Contenidas en el formato de necesidad de personal que hace parte integral del presente contrato. 15.1. Actividades desarrolladas: Se realizó apoyo a la gestión documental en el proceso de caracterización, adicional de realizar apoyo a la coordinación en referencia a todo la gestión documental requerida para el desarrollo del proyecto, informes solicitados por el Ministerio, levantamiento de listados de caracterizaciones y dispositivo de escucha, redacción de aportes cuantitativos del abordaje llevado a la fecha por parte del CAMAD PPL. 15.2. Producto/ Evidencia: Listados de asistencia dispositivo de escucha, acta de reunión equipo CAMAD PPL, acta de trabajo en dupla, documento informe técnico, acta trabajo en duplas, caracterizaciones, canalizaciones.

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° 9497159402	OPERADOR:	APORTES EN LINEA
CONCEPTO DEL PAGO	ENTIDAD	FECHA DE PAGO	VALOR PAGADO
SALUD:	NUEVA EPS	2026/01/02	$ 181.500
PENSIÓN:	PROTECCION	2026/01/02	$ 232.300
RIESGOS LABORALES:	POSITIVA	2026/01/02	$ 35.400
OTRO			
TOTAL PAGADO			$ 449.200

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	*ANGIE CAROLINA NATIB ROSERO* *PS_6037_2025_CC5A2F* **ANGIE CAROLINA NATIB ROSERO** **CC: 1085332969**
FIRMA DE QUIEN VALIDA	*LILIESBELSSY LLANOS CASTRO* *PS_6037_2025_CC5A2F* **LILIESBELSSY LLANOS CASTRO** **SUPERVISOR ALTERNO**
FIRMA DE QUIEN CONVALIDA EL CUMPLIMIENTO DE LAS OBLIGACIONES PARA EL PRESENTE PERIODO DE PAGO	*ANA MARGARET RABA SIERRA* *PS_6037_2025_CC5A2F* **ANA MARGARET RABA SIERRA** **SUPERVISOR DEL CONTRATO**

Planilla Resumen

DATOS GENERALES DEL APORTANTE

Identificación	dv	Razon Social	Clase Aportante	Sucursal Principal	Direccion	Ciudad-Departamento	Teléfono	Exonerado SENA e ICBF
CC 1085332969		NATIB ROSERO ANGIE CAROLINA	INDEPENDIENTE	PRINCIPAL	CLL 167 # 65 86	BOGOTA-BOGOTA D.E.	3043247478	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	2048829570	9497159402	I	2026/01/19	2026/01/02	BANCO CAJA SOCIAL	0	$449,200

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	Días	IBC	Aporte	Codigo	Días	IBC	Aporte	Codigo	Días	IBC	Aporte	Codigo	Días	IBC	Tarifa	Aporte	Días	IBC	Aporte	Exonerado SENA e ICBF	Total Aportes
SUCURSAL: PRINCIPAL (1 Afiliados)																					$1,451,497	$232,300			$1,451,497	$181,500			$0	$0			$1,451,497		$35,400		$0	$0		$449,200
Centro de Trabajo: PRINCIPAL (1 Afiliados)																					$1,451,497	$232,300			$1,451,497	$181,500			$0	$0			$1,451,497		$35,400		$0	$0		$449,200
Ciudad: BOGOTA Depto: BOGOTA D.E. (1 Afiliados)																					$1,451,497	$232,300			$1,451,497	$181,500			$0	$0			$1,451,497		$35,400		$0	$0		$449,200
1	CC	1085332969	NATIB ANGIE																230201	30	$1,451,497	$232,300	EPS037	30	$1,451,497	$181,500		0	$0	$0	14-23	30	$1,451,497	2.436%	$35,400	0	$0	$0	No	$449,200
Total		**Afiliados(1)**																			$1,451,497	$232,300			$1,451,497	$181,500			$0	$0			$1,451,497		$35,400		$0	$0		$449,200

Planilla Resumen

RESUMEN DE PAGO

RIESGO	CODIGO	NIT	DV	AFILIADOS	VALOR LIQUIDADO	INTERESES MORA	SALDOS E INCAPACIDADES	VALOR A PAGAR
AFP (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$232,300	$0	$0	$232,300
PROTECCION	230201	800,229,739	0	1	$232,300	$0	$0	$232,300
ARL (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$35,400	$0	$0	$35,400
POSITIVA COMPAÑIA DE SEGUROS	14-23	860,011,153	6	1	$35,400	$0	$0	$35,400
EPS (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$181,500	$0	$0	$181,500
NUEVA E.P.S.	EPS037	900,156,264	2	1	$181,500	$0	$0	$181,500
TOTAL				1	$449,200	$0	$0	$449,200

PLANILLA PAGADA

UNIVERSIDAD NACIONAL DE COLOMBIA

Angie Carolina Natib Rosero <acnatibr@unal.edu.co>

PSE - Transacción Aprobada ✅ CUS 2048829570

1 mensaje

serviciopse@achcolombia.com.co <serviciopse@achcolombia.com.co> 30 de diciembre de 2025 a las 22:10
Para: acnatibr@unal.edu.co

¡Hola, Angie Carolina Natib Rosero!

Estado de la Transacción: Aprobada

Los siguientes son los datos de tu transacción:

Valor: $ 449.200

Empresa: APORTES EN LINEA

Descripción: Pago de la Planilla de aportes con clave: 9497159402

Fecha de la transacción: 30/12/2025

CUS: 2048829570

Gracias por utilizar nuestro servicio.

Ten encuenta estos tips de seguridad:

- Usa dispositivos personales o de confianza para realizar tus pagos.
- No abras enlaces sospechosos.
- Cambia tus contraseñas con regularidad.
- Digita manualmente la URL del portal de tu entidad financiera.
- Recuerda que PSE nunca te contactará para solicitarte información personal.

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

Datos guardados

Cancelar

< Evaluación del comprador >

VER CONTRATO

Ejecución del Contrato

Porcentaje Recepción de artículos

Plan de Pagos

¿Se requieren emisiones de códigos de autorización? Si 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		
☐	PS 6037 2025 CUENTA DE COBRO JULIO 2025	CUENTA COBRO JULIO 2025 PS 6037-2025.pdf	Proveedor	Descargar	Detalle
☐	PS 6037 2025 CUENTA DE COBRO AGOSTO 2025	CUENTA COBRO AGOSTO PS 6037-2025.pdf	Proveedor	Descargar	Detalle
	COMUNICACION SUPERVISOR PS 6037 2025 6-10-2025.pdf	COMUNICACION SUPERVISOR PS 6037 2025 6-10-2025.pdf	Comprador	Descargar	Detalle
	1 PS 6037 2025 CRP-22507.pdf	1 PS 6037 2025 CRP-22507.pdf	Comprador	Descargar	Detalle
☐	PS 6037 2025 CUENTA DE COBRO SEPTIEMBRE 2025	CUENTA SEPTIEMBRE PS 6037-2025.pdf	Proveedor	Descargar	Detalle
☐	PS 6037 2025 CUENTA DE COBRO OCTUBRE 2025 .pdf	CUENTA COBRO OCTUBRE PS 6037-2025.pdf	Proveedor	Descargar	Detalle
	PS 6037 2025 CUENTA COBRO NOVIEMBRE 2025.pdf (Archivado)	PS 6037 2025 CUENTA COBRO NOVIEMBRE 2025.pdf	Proveedor	Descargar	Detalle
☐	PS 6037 2025 CUENTA DE COBRO NOVIEMBRE 2025.pdf	PS 6037 2025 CUENTA DE COBRO NOVIEMBRE 2025.pdf	Proveedor	Descargar	Detalle
☐	PS 6037 2025 CUENTA DE COBRO DICIEMBRE 2025.pdf	PS 6037 2025 CUENTA DE COBRO DICIEMBRE 2025.pdf	Proveedor	Descargar	Detalle

Eliminar seleccionado | Subir nuevo