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 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: (30-04-2026)					
NOMBRES Y APELLIDOS:	**CAROLINA APARICIO ANGARITA**			**CC:**	**24060000**
CORREO ELECTRÓNICO:	**ENFERMERACAROLINAAPARICIO@GMAIL.COM**			**TELÉFONO:**	**3112680953**
DIRECCIÓN DOMICILIO:	**KR 78F 0 33**			**CIUDAD:**	**BOGOTA**
BANCO AL CUAL CONSIGNAR:	**BBVA COLOMBIA**	**TIPO DE CUENTA:**	**AHORROS**	**N° CUENTA:**	**349002376**
DATOS DEL CONTRATO O ADICION Y PERIODO OBJETO DE PAGO					
Nº DEL CONTRATO:	**PS 3652 2026**	**VALOR CORRESPONDIENTE AL PERIODO OBJETO DE COBRO**			**$ 6.000.056**
FECHA DE INICIO CONTRATO	**2026/04/01**	**FECHA DE TERMINACIÓN CONTRATO:**			**2026/04/30**
PERIODO OBJETO DE COBRO:	**DEL 2026/04/01 AL 2026/04/30**				

CAROLINA APARICIO ANGARITA
PS_3652_2026_FD67C1

NOMBRE Y FIRMA DEL CONTRATISTA:
CAROLINA APARICIO ANGARITA
CC: 24060000
CEL: 3112680953

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			
CAROLINA APARICIO ANGARITA			
	CON C.C N°	**24.060.000**	
OBJETO DEL CONTRATO:	PRESTAR SERVICIOS COMO ENFERMERO A PARA DESARROLLAR ACTIVIDADES EN LA DIRECCI?N DE SERVICIOS AMBULATORIOS DE LA SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS EN SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E. EBS DE MINISTERIO DE SALUD Y PROTECCION SOCIAL SEG?N RESOLUCION 711 24 04 2025.		
CONTRATO DE PRESTACION DE SERVICIOS PROFESIONALES No.	**PS 3652 2026**	**FECHA INICIO CONTRATO**	**2026/04/01**
VALOR INICIAL DEL CONTRATO	$ 6.000.056	**No. HORAS EJECUTADAS**	**184**
VALOR TOTAL DEL CONTRATO INCLUIDO ADICIONES:	$ 6.000.056	**VALOR DE HONORARIOS PERÍODO A CERTIFICAR:**	$ 6.000.056
PLAZO DEL CONTRATO INCLUYENDO PRORROGAS	UN (1) MES		
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 APROPIACIÓN CONCEPTUAL, TÉCNICA Y OPERATIVA DE LA RESOLUCIÓN 00000711 DEL 24 DE ABRIL DE 2025, LA RESOLUCIÓN 3280 DE 2018 (RPMS), EL LINEAMIENTO TÉCNICO-OPERATIVO DE EQUIPOS BÁSICOS DE SALUD: CONFORMACIÓN, OPERACIÓN Y SEGUIMIENTO, ASÍ COMO DE TODAS AQUELLAS NORMAS QUE LAS MODIFIQUEN, ADICIONEN O COMPLEMENTEN, EN EL MARCO DEL MODELO PREVENTIVO Y PREDICTIVO Y EL FORTALECIMIENTO DE LA ATENCIÓN PRIMARIA EN SALUD (APS).2.PARTICIPAR DE FORMA INDELEGABLE EN LAS CAPACITACIONES, ASISTENCIAS TÉCNICAS Y PROCESOS FORMATIVOS RELACIONADOS CON LOS APLICATIVOS INSTITUCIONALES (GTAPS, DINÁMICA GERENCIAL Y DEMÁS SISTEMAS DEFINIDOS), GARANTIZANDO SU CORRECTA APLICACIÓN EN LA EJECUCIÓN DE LAS ACTIVIDADES CONTRACTUALES.
2	SE ASISTIO EN EL MES DE ABRIL A CAPACITACIONES, ASISTENCIAS TÉCNICAS Y PROCESOS FORMATIVOS RELACIONADOS CON LOS APLICATIVOS INSTITUCIONALES (GTAPS, DINÁMICA GERENCIAL Y DEMÁS SISTEMAS DEFINIDOS), GARANTIZANDO SU CORRECTA APLICACIÓN EN LA EJECUCIÓN DE LAS ACTIVIDADES CONTRACTUALES
3	SE ASISTIO A ESPACIOS INSTITUCIONALES Y PROCESOS FORMATIVOS DE LA RESOLUCION 711 2025 SEGUN PROGRAMACION
4	SE REALIZO VISITA DOMICILIARIA Y SE VERIFICO PREVIAMENTE QUE LOS USUARIOS A INTERVENIR SE ENCUENTREN CARACTERIZADOS EN EL APLICATIVO GTAPS EN MODALIDAD EXTRAMURAL Y REALIZAR LA ATENCIÓN EN LAS MODALIDADES INTRAMURAL Y EXTRAMURAL SEGÚN CORRESPONDA, CONFORME AL LINEAMIENTO TÉCNICO-OPERATIVO DE EBS
5	SE REALIZO EDUCACION A USUARIA DE ACUERDO CON EL CURSO DE VIDA, IDENTIFICANDO, CLASIFICANDO Y PRIORIZANDO EL RIESGO EN SALUD, GARANTIZANDO EL CUMPLIMIENTO DE LOS TIEMPOS DE RESPUESTA DEFINIDOS SEGÚN EL NIVEL DE RIESGO IDENTIFICADO
6	SE REALIZO ATENCION INDIVIDUAL DE ENFERMERÍA CONFORME A LA RESOLUCIÓN 3280 DE 2018, CUMPLIENDO LOS ESTÁNDARES DE CONSULTA AUTORIZADOS POR LAS EAPB Y DILIGENCIANDO DE MANERA CORRECTA Y COMPLETA LOS DIAGNÓSTICOS CIE-10, RECONOCIENDO QUE TODOS LOS PRODUCTOS SON SUJETOS DE AUDITORÍA.
7	SE REALIZO REGISTRO EN DINAMICA GERENCIAL DE ANAMNESIS, REVISIÓN POR SISTEMAS, ANTECEDENTES, EVALUACIÓN DE RIESGOS, EXAMEN FÍSICO, ANÁLISIS DE HALLAZGOS, DIAGNÓSTICO Y PLAN DE MANEJO
8	SE REGISTRO DE MANERA COMPLETA, VERAZ, CONSISTENTE Y CON CALIDAD DEL DATO LA TOTALIDAD DE LAS ATENCIONES REALIZADAS EN GTAPS, DINÁMICA GERENCIAL Y LOS DEMÁS SISTEMAS DE INFORMACIÓN DEFINIDOS, EN CUMPLIMIENTO DE LA RESOLUCIÓN 3280 DE 2018 Y LOS LINEAMIENTOS DE LA ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD

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 (2026-04-01) AL (2026-04-30)

IV. INFORMACIÓN DE APORTES A SEGURIDAD SOCIAL

No. DE PLANILLA:	N°	OPERADOR:	
CONCEPTO DEL PAGO	ENTIDAD	FECHA DE PAGO	VALOR PAGADO
SALUD:	COMPENSAR		$ 0
PENSIÓN:	PORVENIR		$ 0
RIESGOS LABORALES:	SURA		$ 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	*CAROLINA APARICIO ANGARITA* *PS_3652_2026_FD67C1* **CAROLINA APARICIO ANGARITA** **CC: 24060000**
FIRMA DE QUIEN CONVALIDA EL CUMPLIMIENTO DE LAS OBLIGACIONES PARA EL PRESENTE PERIODO DE PAGO	*LUZ MARINA HERNANDEZ HERNANDEZ* *PS_3652_2026_FD67C1* **LUZ MARINA HERNANDEZ HERNANDEZ** **SUPERVISOR DEL CONTRATO**

compensar | miplanilla.com

CERTIFICADO DE APORTES AL SISTEMA DE PROTECCIÓN SOCIAL

La empresa **CAROLINA APARICIO ANGARITA**, identificada con **CC** número **24060000**, aportó por **CAROLINA APARICIO ANGARITA** identificado(a) con **CC** número **24060000** quien se encuentra registrado(a) a la fecha por concepto de aportes obligatorios al sistema General de Seguridad Social mediante la Planilla Integrada de Liquidación de aportes, el periodo de pensión de 03 - 2026 de la siguiente forma.

CODIGO	NOMBRE ADMINISTRADORA	COTIZANTE	ING	RET	TDE	TAE	TDP	TAP	VSP	VST	SLN	IGE	LMA	VAC	AVP	VCT	IRP	CORRECIÓN	DÍAS	IBC	TARIFA APORTE	COTIZACIÓN Y/O APORTE	FSP SOLIDARIDAD	FSP SUBSISTENCIA	PERIODO	NÚMERO DE PLANILLA	FECHA DE PAGO	EXONERADO
14-11	ARL SURA	59	X														0		21	$1,225,634	0.02436	$29,900	$0	$0	Marzo - 2026	79330233	04/05/2026	NO
EPS008	Compensar EPS	59	X														0		21	$1,225,634	0.12500	$153,300	$0	$0	Marzo - 2026	79330233	04/05/2026	NO
230301	Porvenir	59	X														0		21	$1,225,634	0.16000	$196,200	$0	$0	Marzo - 2026	79330233	04/05/2026	NO

PAGADA

El presente certificado se expide a los **1** días del mes **Junio** de **2026**

Este documento está clasificado como privado por parte de Compensar Operador de Información.