**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: (31-05-2026)** | | | | | |
| **NOMBRES Y APELLIDOS:** | **LEIDY VIVIANA GOMEZ BOLAÑOS** | | | **CC:** | **1015472127** |
| **CORREO ELECTRÓNICO:** | **VIVIANABOLA95@GMAIL.COM** | | | **TELÉFONO:** | **3219644190** |
| **DIRECCIÓN DOMICILIO:** | **KR 105F BIS 68 29** | | | **CIUDAD:** | **BOGOTA** |
| **BANCO AL CUAL CONSIGNAR:** | **BANCO DAVIVIENDA S.A.** | **TIPO DE CUENTA:** | **AHORROS** | **N° CUENTA:** | **488413841245** |
| **DATOS DEL CONTRATO O ADICION Y PERIODO OBJETO DE PAGO** | | | | | |
| **Nº DEL CONTRATO:** | **PS 4053 2026** | **VALOR CORRESPONDIENTE AL PERIODO OBJETO DE COBRO** | | | **$ 3.586.990** |
| **FECHA DE INICIO CONTRATO** | **2026/05/12** | **FECHA DE TERMINACIÓN CONTRATO:** | | | **2026/06/30** |
| **PERIODO OBJETO DE COBRO:** | **DEL 2026/05/12 AL 2026/05/31** | | | | |

*LEIDY VIVIANA GOMEZ BOLAÑOS*
*PS_4053_2026_F4AB6A*

**NOMBRE Y FIRMA DEL CONTRATISTA:**
**LEIDY VIVIANA GOMEZ BOLAÑOS**
**CC: 1015472127**
**CEL: 3219644190**

| | | |
|---|---|---|
| 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**<br>**APOYO - GESTION DE CONTRATACIÓN**<br>**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**<br>**VERSIÓN: 2**<br>**FECHA: 2025-06-09** |

| | | | |
|---|---|---|---|
| **CELEBRADO ENTRE LA SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E Y** | | | |
| **LEIDY VIVIANA GOMEZ BOLAÑOS** | | | |
| | **CON C.C N°** | **1.015.472.127** | |
| **OBJETO DEL CONTRATO:** | PRESTAR SERVICIOS COMO ENFERMERO A PARA DESARROLLAR ACTIVIDADES EN LA DIRECCION DE SERVICIOS AMBULATORIOS DE LA SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS EN SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E. EBS DE MINISTERIO DE SALUD Y PROTECCION SOCIAL SEGUN RESOLUCION 711 24 04 2025. | | |
| **CONTRATO DE PRESTACION DE SERVICIOS PROFESIONALES No.** | **PS 4053 2026** | **FECHA INICIO CONTRATO** | **2026/05/12** |
| **VALOR INICIAL DEL CONTRATO** | $ 4.000.037 | **No. HORAS EJECUTADAS** | **110** |
| **VALOR TOTAL DEL CONTRATO INCLUIDO ADICIONES:** | $ 10.000.093 | **VALOR DE HONORARIOS PERÍODO A CERTIFICAR:** | $ 3.586.990 |
| **PLAZO DEL CONTRATO INCLUYENDO PRORROGAS** | DOS (2) 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**<br>**(Deben ser coherentes con las obligaciones específicas del contrato realizadas durante el mes)** |
|---|---|
| 1 | Realizar valoración integral de enfermería a la población asignada en modalidad extramural, de acuerdo con el curso de vida y los lineamientos establecidos en la Resolución 3280 de 2018 y Resolución 711 de 2025. |
| 2 | Ejecutar visitas domiciliarias para identificación, clasificación y priorización de riesgos en salud individuales y familiares, garantizando seguimiento oportuno según el nivel de riesgo identificado. |
| 3 | Elaborar, implementar y registrar planes de cuidado primario individual y familiar, incluyendo recomendaciones, compromisos y acciones de intervención acordes con los hallazgos encontrados. |
| 4 | Verificar y registrar en GTAPS y demás aplicativos institucionales las atenciones realizadas en modalidad extramural, garantizando calidad, oportunidad y consistencia del dato dentro de las 24 horas posteriores a la atención. |
| 5 | Realizar acciones de promoción y mantenimiento de la salud, educación en salud y demanda inducida, conforme al curso de vida y las necesidades identificadas en territorio. |
| 6 | Identificar oportunamente eventos de interés en salud pública, violencia o conducta suicida y gestionar la notificación correspondiente en SIVIGILA, SIVIM o SISVECOS, según aplique. |
| 7 | Gestionar canalizaciones y remisiones de usuarios a servicios de salud, programas institucionales o rutas intersectoriales, de acuerdo con los riesgos en salud y sociales identificados durante la atención. |
| 8 | Participar en jornadas comunitarias, espacios intersectoriales y actividades de articulación territorial orientadas al fortalecimiento de la Atención Primaria en Salud (APS). |
| 9 | Brindar atención inicial en situaciones de emergencia identificadas durante las visitas extramurales, activando la ruta correspondiente y coordinando la remisión con la red de atención. |
| 10 | Participar en capacitaciones, reuniones de seguimiento y procesos de fortalecimiento técnico relacionados con los lineamientos de Equipos Básicos de Salud, manejo de aplicativos institucionales y cumplimiento de metas asistenciales. |

**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 (2026-05-12) AL (2026-05-31)

| IV. INFORMACIÓN DE APORTES A SEGURIDAD SOCIAL | | | |
|---|---|---|---|
| No. DE PLANILLA: | N° | OPERADOR: | |
| CONCEPTO DEL PAGO | ENTIDAD | FECHA DE PAGO | VALOR PAGADO |
| SALUD: | SANITAS | | $ 0 |
| PENSIÓN: | PROTECCION | | $ 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** | *LEIDY VIVIANA GOMEZ BOLAÑOS*<br>*PS_4053_2026_F4AB6A*<br>**LEIDY VIVIANA GOMEZ BOLAÑOS**<br>**CC: 1015472127** |
| **FIRMA DE QUIEN CONVALIDA EL CUMPLIMIENTO DE LAS OBLIGACIONES PARA EL PRESENTE PERIODO DE PAGO** | *LUZ MARINA HERNANDEZ HERNANDEZ*<br>*PS_4053_2026_F4AB6A*<br>**LUZ MARINA HERNANDEZ HERNANDEZ**<br>**SUPERVISOR DEL CONTRATO** |

## CERTIFICADO DE AFILIACIÓN AL POS DE EPS SANITAS

La **EPS SANITAS** en desarrollo de su programa especial para la garantía y prestación del Plan Obligatorio de Salud denominado EPS **SANITAS**,

**CERTIFICA**

Que Leidy Viviana Gomez Bolaños, identificado(a) con CC número 1015472127, está registrado(a) en el POS DE EPS SANITAS con la siguiente información:

| | |
|---|---|
| TIPO Y NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN | CC 1015472127 |
| NOMBRES Y APELLIDOS | Leidy Viviana Gomez Bolaños |
| TIPO DE AFILIADO | Titular |
| PARENTESCO | Titular |
| FECHA DE NACIMIENTO | 23/09/1997 |
| ESTADO DE LA AFILIACIÓN | 0 Tiene Derecho A Cobertura Integral |
| CAUSA ESTADO DE AFILIACIÓN | 10 - Cobertura Integral |
| FECHA DE INGRESO A EPS SANITAS | 01/03/2023 |
| FECHA DE RETIRO LABORAL / EPS SANITAS | Activo(a) |
| SEMANAS COTIZADAS EN EPS SANITAS | Sin semanas reportadas en EPS SANITAS |
| SEMANAS COTIZADAS EN OTRA EPS | Sin semanas reportadas en EPS SANITAS |
| SEMANAS COTIZADAS EN ÚLTIMO AÑO | Sin semanas reportadas en EPS SANITAS |
| RÉGIMEN | Contributivo |
| FECHA DE AFILIACIÓN AL RÉGIMEN | 01/03/2023 |
| NIVEL SISBEN | No aplica |
| EMPLEADOR(ES)* | |

Generado por interfaces 28/05/2026

**ESTE DOCUMENTO "NO ES VÁLIDO" PARA LA PRESTACIÓN DEL SERVICIO, NI PARA TRASLADOS.**

Medellín, 28 de mayo de 2026

**CERTIFICADO DE AFILIACIÓN – ARL SURA**

La Administradora de Riesgos Laborales, SEGUROS DE VIDA SURAMERICANA S.A.NIT 890.903.790 - 5, certifica:

Que LEIDY VIVIANA GOMEZ BOLAÑOS identificado(a) con C1015472127 se encuentra afiliado(a) a Riesgos Laborales y está en estado activo.

Si desea validar que este certificado haya sido realmente emitido por ARL Sura y la información aquí contenida sea real, visite www.arlsura.com.co / validar certificados e ingrese el siguiente código único de generación válido por un mes:C10154721272614878069

VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA

Dirección de Aseguramiento Seguros Obligatorios

Dirección IP 10.205.28.19

# Protección

Una empresa sura

**Fondo de Pensiones Obligatorias Protección**

**NIT 800.229.739**

**Hace constar que:**

El(la) Señor(a) **GOMEZ BOLAÑOS LEIDY VIVIANA** identificado(a) con **CC** número **1.015.472.127** se encuentra afiliado(a) en Pensiones Obligatorias a PROTECCIÓN, desde el día 01 de marzo de 2024 y sus recursos se encuentran distribuidos como se enuncia a continuación, de conformidad con lo consagrado en el Decreto 2373 de 2010 así:

1. El 100% al FONDO DE PENSIONES OBLIGATORIAS PROTECCIÓN MAYOR RIESGO

Esta constancia se expide a petición del(la) interesado(a) el día 28 de mayo de 2026.

Cordialmente,



**Cesar Mauricio Aubad Echeverry**
**Equipo Soporte para Clientes**

***Importante:** Esta constancia solo hace referencia a los productos mencionados anteriormente.

Banco Davivienda S.A.

# CERTIFICADO

**BOGOTA, D.C.,** **28/05/2026**
**BOGOTA, D.C.,**
COLOMBIA,
**A quien interese**

Por medio de la presente hacemos constar que **el señor LEIDY VIVIANA GOMEZ BOLANOS** con **Cédula de Ciudadanía** número **1015472127**

Posee en el banco Davivienda:

**CUENTA DE AHORROS DAMAS**

| | |
|---|---|
| Número | **0550488413841245** |
| Fecha de apertura | **04/03/2020** |

Cordialmente,

BANCO DAVIVIENDA

VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA