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: (30-06-2026)					
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**			**$ 6.000.056**
FECHA DE INICIO CONTRATO	**2026/05/12**	**FECHA DE TERMINACIÓN CONTRATO:**			**2026/07/31**
PERIODO OBJETO DE COBRO:	**DEL 2026/06/01 AL 2026/06/30**				

LEIDY VIVIANA GOMEZ BOLAÑOS
PS_4053_2026_F1A7E4

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** **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			
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**	**184**
VALOR TOTAL DEL CONTRATO INCLUIDO ADICIONES:	$ 15.587.102	**VALOR DE HONORARIOS PERÍODO A CERTIFICAR:**	$ 6.000.056
PLAZO DEL CONTRATO INCLUYENDO PRORROGAS	TRES (3) 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	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 (2026-06-01) AL (2026-06-30)

IV. INFORMACIÓN DE APORTES A SEGURIDAD SOCIAL			
No. DE PLANILLA:	N° 1083117445	OPERADOR:	SIMPLE

CONCEPTO DEL PAGO	ENTIDAD	FECHA DE PAGO	VALOR PAGADO
SALUD:	SANITAS	2026/06/30	$ 138.612
PENSIÓN:	PROTECCION	2026/06/30	$ 177.423
RIESGOS LABORALES:	SURA	2026/06/30	$ 27.012
OTRO			
TOTAL PAGADO			$ 343.047

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* *PS_4053_2026_F1A7E4* **LEIDY VIVIANA GOMEZ BOLAÑOS** **CC: 1015472127**
FIRMA DE QUIEN CONVALIDA EL CUMPLIMIENTO DE LAS OBLIGACIONES PARA EL PRESENTE PERIODO DE PAGO	*LUZ MARINA HERNANDEZ HERNANDEZ* *PS_4053_2026_F1A7E4* **LUZ MARINA HERNANDEZ HERNANDEZ** **SUPERVISOR DEL CONTRATO**

PAGOSIMPLE | AUTOLIQUIDACION CONSOLIDADA

Fecha creación reporte: 2026-07-29, 11:19:31 PM **Tipo Planilla:** I: PLANILLA INDEPENDIENTES **Numéro Planilla:** 1083929013

Periodo Cotización: junio de 2026 **Periodo Servicio:** junio de 2026

PAGADO 28/07/2026

I. DATOS DEL APORTANTE

Razón Social	LEIDY VIVIANA GOMEZ BOLAÑOS		
Documento	CC1015472127	**Dirección**	CR 105F #68 - 29
Tipo de Empresa	INDEPENDIENTE	**Teléfono**	74000000
Tipo Persona	NATURAL	**Forma Presentación**	ÚNICO
Ciudad	BOGOTA D.C.	**Departamento**	BOGOTA D.C.
Representante Legal		**Identificación**	
Total Afiliados	1	**ARP**	ARL SURA

II. DETALLE DEL APORTANTE

Datos del Afiliado				Novedades																				Pensiones			Salud			Riesgos			Cajas			Parafiscales					Total
Identificación	Apellidos y Nombres	Tipo Cotizante	Subtipo Cotizante	ING	RET	RET P	TDE	TAE	TDP	TAP	VSP	COR	VST	SLN	IGE	LMA	VAC	AVP	VCT	IRP	Días APP	Días EPS	Días ARP	Días CCF	Administradora	IBC Pensión	Aporte Pensión	Administradora	IBC Salud	Aporte Salud	Tarifa	IBC Riesgos	Aporte Riesgos	Administradora	IBC Caja	Aporte Caja	Aporte SENA	Aporte ICBF	ESAP	Aporte Ministerio	Total
CC 1015472127	LEIDY VIVIANA GOMEZ BOLAÑOS	57	00																	0	30	30	30	0	(230201) PROTECCION	$ 2.400.000	$ 384.000	(EPS005) EPS SANITAS	$ 2.400.000	$ 300.000	6,960	$ 2.400.000	$ 167.100	(NIN-CC) NINGUNA CCF	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 851.100

III.TOTALES

IBC Pensión	IBC Salud	IBC Riesgos	IBC Cajas	Aportes Pensión	Aportes Salud	Aportes Riesgos	Aportes Cajas	Aportes Sena	Aportes ICBF	Aportes ESAP	Aportes Min Educación	(Incapacidades, Licencias, Saldos a Favor) EPS	Incapacidades ARP	SUBTOTAL SIN INTERESES DE MORA	TOTAL INTERESES DE MORA	TOTAL FINAL
$ 2.400.000	$ 2.400.000	$ 2.400.000	$ 0	$ 384.000	$ 300.000	$ 167.100	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 851.100	$ 13.300	$ 864.400

Líneas de Servicio FonoSIMPLE: Bogotá 601 4446634 - Cali: 602 5540577 - Medellín: 604 5146669 - Bucaramanga: 607 6438000 - Cartagena: 605 6945444 - Pereira: 606 3402582 - Barranquilla: 605 3618850 - Resto del País: 018000 971 971 - ¡Más que Fácil, SIMPLE!

¡El Poder de lo SIMPLE!

Antes de imprimir, asegúrese que sea realmente necesario. Proteger el medio ambiente está en nuestras manos.