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: (31-07-2026)					
NOMBRES Y APELLIDOS:	**DHENYS LORENA ACEVEDO RAMIREZ**			**CC:**	**1026581375**
CORREO ELECTRÓNICO:	**DHLORENAACEVEDO0107@GMAIL.COM**			**TELÉFONO:**	**3194802568**
DIRECCIÓN DOMICILIO:	**KR 63 10 03 SUR**			**CIUDAD:**	**BOGOTA**
BANCO AL CUAL CONSIGNAR:	**BANCO DE BOGOTA**	**TIPO DE CUENTA:**	**AHORROS**	**N° CUENTA:**	**237430558**
DATOS DEL CONTRATO O ADICION Y PERIODO OBJETO DE PAGO					
Nº DEL CONTRATO:	**PS 2060 2026**	**VALOR CORRESPONDIENTE AL PERIODO OBJETO DE COBRO**			**$ 6.703.840**
FECHA DE INICIO CONTRATO	**2026/02/01**	**FECHA DE TERMINACIÓN CONTRATO:**			**2026/07/31**
PERIODO OBJETO DE COBRO:	**DEL 2026/07/01 AL 2026/07/31**				

DHENYS LORENA ACEVEDO RAMIREZ
PS_2060_2026_5452A2

NOMBRE Y FIRMA DEL CONTRATISTA:
DHENYS LORENA ACEVEDO RAMIREZ
CC: 1026581375
CEL: 3194802568

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			
DHENYS LORENA ACEVEDO RAMIREZ			
	CON C.C N°	**1.026.581.375**	
OBJETO DEL CONTRATO:	PRESTAR SERVICIOS COMO MEDICO GENERAL 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 2060 2026**	**FECHA INICIO CONTRATO**	**2026/02/01**
VALOR INICIAL DEL CONTRATO	$ 28.338.960	**No. HORAS EJECUTADAS**	**176**
VALOR TOTAL DEL CONTRATO INCLUIDO ADICIONES:	$ 40.146.860	**VALOR DE HONORARIOS PERÍODO A CERTIFICAR:**	$ 6.703.840
PLAZO DEL CONTRATO INCLUYENDO PRORROGAS	SEIS (6) MESES		
UNIDAD FUNCIONAL DE EJECUCIÓN DE ACTIVIDADES:	HOSPITAL JORGE ELIECER GAITAN		
NOMBRE DEL SUPERVISOR:	LINA MARCELA ROJAS GUTIERREZ		

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	1. se prestaron servicios profesionales como médico, realizando consultas médicas conforme al estándar institucional y la demanda del servicio, bajo los parámetros de calidad 2. Se realizó el diligenciamiento completo y oportuno del Registro Individual de Prestación de Servicios de Salud (RIPS) de todos los usuarios atendidos. 3. Se apoyaron las actividades relacionadas con el mejoramiento continuo de la calidad, dando cumplimiento a los planes de mejoramiento derivados de los estándares de habilitación y acreditación. 4. Se identificaron y reportaron oportunamente los eventos de notificación obligatoria detectados durante la atención, conforme a los lineamientos de la normatividad vigente. 5. Se notificaron los sucesos de calidad presentados en el servicio y se participó en los análisis cuando fue requerido. 6. Se cumplió con las normas de bioseguridad establecidas por la institución durante la atención de los pacientes. 7. Se apoyó el proceso de gestión y operación de SIVIGILA y eventos de vigilancia en salud pública (EEVV) mediante la identificación, notificación y seguimiento de los casos atendidos. 8. Se desarrollaron actividades orientadas al fortalecimiento de los Centros de Atención Primaria en Salud (CAPS) mediante atención médica, orientación a los usuarios y apoyo a las acciones de promoción y prevención. 9. Se elaboró historia clínica completa y sus anexos a todos los pacientes atendidos, conforme a la normatividad vigente y las políticas institucionales. 10. Se apoyaron las actividades relacionadas con el proceso de acreditación institucional, cumpliendo estándares de calidad y requerimientos del área de calidad. 11. Se realizaron las demás actividades requeridas para el cumplimiento del objeto contractual, conforme a las instrucciones de la supervisión. Como asistencia a capacitaciones

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 (2026-07-01) AL (2026-07-31)

IV. INFORMACIÓN DE APORTES A SEGURIDAD SOCIAL

No. DE PLANILLA:	N° 38085943	OPERADOR:	ASOPAGOS

CONCEPTO DEL PAGO	ENTIDAD	FECHA DE PAGO	VALOR PAGADO
SALUD:	SANITAS	2026/07/21	$ 301.000
PENSIÓN:	PORVENIR	2026/07/21	$ 385.200
RIESGOS LABORALES:	SURA	2026/07/21	$ 58.700
OTRO			
TOTAL PAGADO			$ 744.900

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	*DHENYS LORENA ACEVEDO RAMIREZ* *PS_2060_2026_5452A2* **DHENYS LORENA ACEVEDO RAMIREZ** **CC: 1026581375**
FIRMA DE QUIEN CONVALIDA EL CUMPLIMIENTO DE LAS OBLIGACIONES PARA EL PRESENTE PERIODO DE PAGO	*LINA MARCELA ROJAS GUTIERREZ* *PS_2060_2026_5452A2* **LINA MARCELA ROJAS GUTIERREZ** **SUPERVISOR DEL CONTRATO**

ASOPAGOS s.a.

RAZÓN SOCIAL :	DHENYS LORENA ACEVEDO RAMIREZ
IDENTIFICACIÓN:	CC-1026581375
COD. DEPENDENCIA O SUCURSAL:	0
NOM. DEPENDENCIA O SUCURSAL:	
FECHA GENERACIÓN REPORTE:	2026-07-18
FECHA LÍMITE DE PAGO:	2026-07-17
FECHA DE PAGO:	2026-07-21
ENTIDAD DE PAGO:	BANCO DE BOGOTA
PERÍODO PENSIÓN:	2026-06
PERÍODO SALUD:	2026-06
NÚMERO PLANILLA:	38085943
TOTAL COTIZANTES:	1
REFERENCIA DE PAGO (PIN):	38085943
TIPO DE PLANILLA:	I

CÓDIGO ENTIDAD	NIT	NOMBRE	NÚMERO AFILIADOS	IBC	FONDO SOLIDARIDAD	FONDO SUBSISTENCIA	TOTAL INTERESES	VALOR PAGAR SIN INTERESES	VALOR PAGAR
EPS005	800251440	SANITAS	1	$ 2.407.288	$ 0	$ 0	$ 900	$ 301.000	$ 301.900
230301	800224808	PORVENIR	1	$ 2.407.288	$ 0	$ 0	$ 1.200	$ 385.200	$ 386.400
14-11	890903790	ARL SURA	1	$ 2.407.288	$ 0	$ 0	$ 200	$ 58.700	$ 58.900
				Total a pagar	$ 0	$ 0	$ 2.300	$ 744.900	$ 747.200

PAGADO

FECHA DE PAGO DEL SIGUIENTE MES:	20/08/2026