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: (31-08-2026)					
NOMBRES Y APELLIDOS:	**CAMILA GUTIERREZ ZABALETA**			**CC:**	**1143399056**
CORREO ELECTRÓNICO:	**camilagutierrez1703@gmail.com**			**TELÉFONO:**	**3015072014**
DIRECCIÓN DOMICILIO:	**KR 90A 4 55**			**CIUDAD:**	**BOGOTA**
BANCO AL CUAL CONSIGNAR:	**BANCO DAVIVIENDA S.A.**	**TIPO DE CUENTA:**	**AHORROS**	**N° CUENTA:**	**0550488457850441**
DATOS DEL CONTRATO O ADICION Y PERIODO OBJETO DE PAGO					
Nº DEL CONTRATO:	**PS 4506 2026**	**VALOR CORRESPONDIENTE AL PERIODO OBJETO DE COBRO**			**$ 2.980.800**
FECHA DE INICIO CONTRATO	**2026/07/08**	**FECHA DE TERMINACIÓN CONTRATO:**			**2026/08/31**
PERIODO OBJETO DE COBRO:	**DEL 2026/08/01 AL 2026/08/31**				

CAMILA GUTIERREZ ZABALETA
PS_4506_2026_29D064

NOMBRE Y FIRMA DEL CONTRATISTA:
CAMILA GUTIERREZ ZABALETA
CC: 1143399056
CEL: 3015072014

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			
CAMILA GUTIERREZ ZABALETA			
	CON C.C N°	**1.143.399.056**	
OBJETO DEL CONTRATO:	PRESTAR SERVICIOS DE APOYO A LA GESTION COMO GESTOR TECNICO MAS BIENESTAR 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 EL DESARROLLO DEL CONVENIO MAS BIENESTAR EN TU HOGAR		
CONTRATO DE PRESTACION DE SERVICIOS PROFESIONALES No.	**PS 4506 2026**	**FECHA INICIO CONTRATO**	**2026/07/08**
VALOR INICIAL DEL CONTRATO	$ 2.484.000	**No. HORAS EJECUTADAS**	**184**
VALOR TOTAL DEL CONTRATO INCLUIDO ADICIONES:	$ 5.464.800	**VALOR DE HONORARIOS PERÍODO A CERTIFICAR:**	$ 2.980.800
PLAZO DEL CONTRATO INCLUYENDO PRORROGAS	DOS (2) MESES		
UNIDAD FUNCIONAL DE EJECUCIÓN DE ACTIVIDADES:	SEDE ADMINISTRATIVA SAN JOSE OBRERO		
NOMBRE DEL SUPERVISOR:	LIDA ESPERANZA MONTENEGRO PARRA		

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.OBLIGACION: ORIENTAR A LOS USUARIOS DERIVADOS DESDE LA LÍNEA 137 SOBRE LA RUTA DE ATENCIÓN CORRESPONDIENTE, DE ACUERDO CON SU NECESIDAD EN SALUD Y EL NIVEL DE PRIORIDAD IDENTIFICADO. 1.1 ACTIVIDAD: ORIENTE Y REALICE ACOMPAÑAMIENTO A LOS USUARIOS DE TRIAGE IV Y V DIRECCIONADOS POR EL JEFE DE TRIAGE EN URGENCIAS ADULTO SOBRE LA RUTA DE ATENCION DE LA LINEA 137. 1.2 EVIDENCIA: REGISTRE INFORMACION EN EL APLICATIVO GTAPS Y REALICE EL ACTA CORRESPONDIENTE A LAS ACCIONES DESARROLLADAS DURANTE EL TURNO.
2	2. OBLIGACION: EDUCAR AL CIUDADANO SOBRE EL USO ADECUADO DE LOS SERVICIOS DE URGENCIAS, CONSULTA PRIORITARIA, CONSULTA EXTERNA Y CANALES DE ORIENTACIÓN DISPONIBLES. 2.1 ACTIVIDAD: EDUQUE AL CIUDADANO EN LA IMPORTACIA DE CONOCER EL ADECUADO USO DE LOS SERVICIOS DE URGENCIAS, CONSULTA PRIORITARIA, CONSULTA EXTERNA Y CANALES DE ORIENTACIÓN DISPONIBLES, SOCIALIZANDO LOS RIESGOS Y SIGNOS DE ALARMA; SEGÚN LA CLASIFICACIÓN DE TRIAGE. 2.2 EVIDENCIA: REGISTRE EN FORMATO DE ACTA DE LA SUBRED CENTRO ORIENTE LAS ACCIONES EDUCATIVAS BRINDADAS A LOS USUARIOS, TENIENDO EN CUENTA EL DIRECCIONAMIENTO DE LA LINEA 137
3	3. OBLIGACION: VERIFICAR CON LA IPS LA ASIGNACIÓN Y ATENCIÓN EFECTIVA DEL USUARIO, CONFIRMANDO OPORTUNIDAD, MODALIDAD DE ATENCIÓN, LUGAR, FECHA Y HORA DE LA CITA O SERVICIO ASIGNADO. 3.1 ACTIVIDAD: REALICE ACOMPAÑAMIENTO EN LA ASIGNACION DE CITAS PRIORITARIAS EN CONTACTO CON LA EAPB DE LOS USUARIOS QUIENES REALIZARON EL CONTACTO CON LA LINEA 137. 3.2 EVIDENCIA: REALICE REGISTRO EN APLICATIVO GTAPS Y ACTA DE LAS ACCIONES REALIZADAS DURANTE EN TURNO Y EL ACOMPAÑAMIENTO REALIZADO CON LOS USUARIOS.
4	4. OBLIGACION: VERIFICAR LA OCUPACIÓN DE LOS SERVICIOS DE URGENCIAS Y PROMOVER LA PUBLICIDAD INSTITUCIONAL DE LA LÍNEA 137 EN LAS IPS, ASEGURANDO QUE LA INFORMACIÓN SEA VISIBLE, CLARA Y ACTUALIZADA; ASÍ MISMO, NOTIFICAR LAS NOVEDADES RELACIONADAS CON AGENDAMIENTOS LEJANOS O FALTA DE OPORTUNIDAD EN LA ATENCIÓN POR PARTE DE LA EAPB. 4.1 ACTIVIDAD: VERIFIQUE CON EL JEFE DE TRIAGE LOS CIUDADANOS ENVIADOS PARA LA LINEA 137, REALIZANDO DIVULGACION DE LA LINEA, REPORTE DE BARRERAS DE ACCESO DE LA EAPB Y VERIFIQUE QUE EL PENDON DE LA PUBLICIDAD DE LA LINEA 137 SEA VISIBLE. 4.2 EVIDENCIA: REGISTRE EN ACTA LAS ALERTAS INSTITUCIONALES GENERADAS POR AGENDAMIENTOS AL TERMINAR EL TURNO, EL NÚMERO DE CIUDADANOS ATENDIDOS CON TRIAGE IV Y V, CITAS ASIGNADAS Y SEGUIMIENTOS PENDIENTES.
5	5. OBLIGACIÓN: CUMPLIR CON LOS PROTOCOLOS INSTITUCIONALES DE REFERENCIA Y CONTRARREFERENCIA. 5.1. ACTIVIDAD: APLIQUE LOS PROTOCOLOS INSTITUCIONALES VIGENTES PARA LOS PROCESOS DE REFERENCIA Y CONTRARREFERENCIA. 5.2 EVIDENCIA: ENTREGUE SOPORTES DE ACTAS DE LA GESTIÓN REALIZADA DE LAS DIFERENTES ACCIONE REALIZADAS DURANTE EL TURNO.
	6. OBLIGACIÓN: MANTENER TRATO HUMANIZADO, RESPETUOSO Y DIGNO HACIA EL PACIENTE Y SUS ACOMPAÑANTES DURANTE TODO EL PROCESO. 6.1 ACTIVIDAD: REALICE UN TRATO HUMANIZADO Y RESPETUOSO CON EL CIUDADANO Y SU ACOMPAÑANTE EN LA GESTIÓN DE SU CITA MÉDICA.

6	6.2 EVIDENCIA: REGISTRE EN ACTA LA GESTIÓN DE SEGUIMIENTO CON EL USUARIO, POSTERIOR A DEVOLUCIÓN DE LLAMADA PARA CONFIRMAR CITA ASIGNADA.
7	7. OBLIGACIÓN: Y LAS DEMÁS ACTIVIDADES TÉCNICAS Y ADMINISTRATIVAS QUE LE SEAN ASIGNADAS, RELACIONADAS CON LA NATURALEZA DEL OBJETO CONTRACTUAL Y EL CUMPLIMIENTO DE LOS OBJETIVOS DE LA DIRECCIÓN DE GESTIÓN DEL RIESGO. 7.1 ACTIVIDAD: DESARROLLE LAS ACTIVIDADES ASIGNADAS Y SOLICITADAS POR LA SDS, LA SUBRED CENTRO ORIENTE Y LAS DIFERENTES DINÁMICAS, CONTINGENCIAS Y ROTACIÓN DE LA ASIGNACIÓN A LOS DIFERENTES PUNTOS DE URGENCIAS PARA EL DESARROLLO DE LAS ACCIONES DE EMBH 7.2 EVIDENCIA: REALICE DIARIAMENTE EL INGRESO, SALIDA DIARIA DEL SERVICIO ASIGNACIÓN, REGISTRO DE LA INFORMACIÓN EN APLICATIVO GTAPS, ACTAS Y FORMULARIOS SOLICITADO POR LOS REFERENTES Y LÍDERES.

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 (2026-08-01) AL (2026-08-31)

IV. INFORMACIÓN DE APORTES A SEGURIDAD SOCIAL

No. DE PLANILLA:	N° 9509441338	OPERADOR:	APORTES EN LINEA

CONCEPTO DEL PAGO	ENTIDAD	FECHA DE PAGO	VALOR PAGADO
SALUD:	FAMISANAR	2026/08/13	$ 167.800
PENSIÓN:	PORVENIR	2026/08/13	$ 214.800
RIESGOS LABORALES:	SURA	2026/08/13	$ 32.700
OTRO			
TOTAL PAGADO			$ 415.300

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	*CAMILA GUTIERREZ ZABALETA* *PS_4506_2026_29D064* **CAMILA GUTIERREZ ZABALETA** **CC: 1143399056**
FIRMA DE QUIEN VALIDA	*LUZ ADRIANA CALDERON RAMIREZ* *PS_4506_2026_29D064* **LUZ ADRIANA CALDERON RAMIREZ** **SUPERVISOR ALTERNO**

FIRMA DE QUIEN CONVALIDA EL CUMPLIMIENTO DE LAS OBLIGACIONES PARA EL PRESENTE PERIODO DE PAGO	 *LIDA ESPERANZA MONTENEGRO PARRA* *PS_4506_2026_29D064* **LIDA ESPERANZA MONTENEGRO PARRA** **SUPERVISOR DEL CONTRATO**

Resumen General de Pago

DATOS GENERALES DEL APORTANTE

Identificación	dv	Razon Social	Clase Aportante	Sucursal Principal	Direccion	Ciudad-Departamento	Teléfono	Exonerado SENA e ICBF
CC 1143399056		GUTIERREZ ZABALETA CAMILA	INDEPENDIENTE	PRINCIPAL	CARRERA 90 A 4 55 SUR CASA 25	BOGOTA-BOGOTA D.E.	5555555	No

DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION

Periodo		Clave		Tipo	Fecha		Pago		
Pensión	Salud	Pago	Planilla	Planilla	Limite	Pago	Banco	Dias Mora	Valor
2026-08	2026-08	639240571	9510107571	I	2026/09/11	2026/09/09	NEQUI	0	$541,800

LIQUIDACION DETALLADA DE APORTES

EMPLEADO			PENSION				SALUD				CCF				RIESGOS				PARAFISCALES		
No.	Identificación	Nombres	Codigo	Días	IBC	Aporte	Codigo	Días	IBC	Aporte	Codigo	Días	IBC	Aporte	Codigo	Días	IBC	Aporte	Días	IBC	Aporte
Sucursal: PRINCIPAL (1 Afiliados)					$1,750,905	$280,200			$1,750,905	$218,900			$0	$0			$1,750,905	$42,700		$0	$0
Centro de Trabajo: PRINCIPAL (1 Afiliados)					$1,750,905	$280,200			$1,750,905	$218,900			$0	$0			$1,750,905	$42,700		$0	$0
Ciudad: BOGOTA Depto: BOGOTA D.E. (1 Afiliados)					$1,750,905	$280,200			$1,750,905	$218,900			$0	$0			$1,750,905	$42,700		$0	$0
1	CC	1143399056 GUTIERREZ CAMILA	230301	30	$1,750,905	$280,200	EPS017	30	$1,750,905	$218,900		0	$0	$0	14-11	30	$1,750,905	$42,700	0	$0	$0
Total		**Afiliados(1)**			$1,750,905	$280,200			$1,750,905	$218,900			$0	$0			$1,750,905	$42,700		$0	$0

aportes en línea

Resumen General de Pago

DATOS GENERALES DEL APORTANTE

Identificación	dv	Razon Social	Clase Aportante	Sucursal Principal	Direccion	Ciudad-Departamento	Teléfono	Exonerado SENA e ICBF
CC 1143399056		GUTIERREZ ZABALETA CAMILA	INDEPENDIENTE	PRINCIPAL	CARRERA 90 A 4 55 SUR CASA 25	BOGOTA-BOGOTA D.E.	5555555	No

DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION

Periodo		Clave		Tipo	Fecha		Pago		
Pensión	Salud	Pago	Planilla	Planilla	Limite	Pago	Banco	Dias Mora	Valor
2026-08	2026-08	639240571	9510107571	I	2026/09/11	2026/09/09	NEQUI	0	$541,800

RESUMEN DE PAGO

RIESGO	CODIGO	NIT	DV	AFILIADOS	VALOR LIQUIDADO	INTERESES MORA	Fondo Solidaridad Pensional	Intereses de Mora Fondo Solidaridad	Fondo Subsistencia	Intereses de Mora Fondo Subsistencia	SALDOS E INCAPACIDADES	VAL
AFP (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$280,200	$0					$0	
PORVENIR	230301	800,224,808	8	1	$280,200	$0	$0	$0	$0	$0	$0	
ARL (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$42,700	$0					$0	
ARL SURA	14-11	890,903,790	5	1	$42,700	$0	$0	$0	$0	$0	$0	
EPS (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$218,900	$0					$0	
FAMISANAR	EPS017	830,003,564	7	1	$218,900	$0	$0	$0	$0	$0	$0	
TOTAL				1	$541,800	$0	$0	$0	$0	$0	$0	

Resumen General de Pago

LOR A PAGAR
$280,200
$280,200
$42,700
$42,700
$218,900
$218,900
$541,800

← Comprobante de pago

Pago realizado

Pago en
Aportes En Linea

¿Cuánto?
$ 541.800,00

Fecha
09 de septiembre de 2026 a las 09:00 a. m.

Referencia
M03261773

VIGILADO Superintendencia Financiera de Colombia