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:	**NIDIA MILENA TOVAR PEREZ**			**CC:**	**52461058**
CORREO ELECTRÓNICO:	**NIDIA.TOVAR.PEREZ@GMAIL.COM**			**TELÉFONO:**	**3053839634**
DIRECCIÓN DOMICILIO:	**TV 18J 71F 04 SUR**			**CIUDAD:**	**BOGOTA**
BANCO AL CUAL CONSIGNAR:	**BANCO DAVIVIENDA S.A.**	**TIPO DE CUENTA:**	**AHORROS**	**N° CUENTA:**	**007170513514**
DATOS DEL CONTRATO O ADICION Y PERIODO OBJETO DE PAGO					
Nº DEL CONTRATO:	**PS 3070 2026**	**VALOR CORRESPONDIENTE AL PERIODO OBJETO DE COBRO**			**$ 2.352.900**
FECHA DE INICIO CONTRATO	**2026/02/01**	**FECHA DE TERMINACIÓN CONTRATO:**			**2026/08/31**
PERIODO OBJETO DE COBRO:	**DEL 2026/08/01 AL 2026/08/31**				

NIDIA MILENA TOVAR PEREZ
PS_3070_2026_06A6DF

NOMBRE Y FIRMA DEL CONTRATISTA:
NIDIA MILENA TOVAR PEREZ
CC: 52461058
CEL: 3053839634

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			
NIDIA MILENA TOVAR PEREZ			
	CON C.C N°	**52.461.058**	
OBJETO DEL CONTRATO:	PRESTAR SERVICIOS COMO AUXILIAR DE ENFERMERIA 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.		
CONTRATO DE PRESTACION DE SERVICIOS PROFESIONALES No.	**PS 3070 2026**	**FECHA INICIO CONTRATO**	**2026/02/01**
VALOR INICIAL DEL CONTRATO	$ 9.411.600	**No. HORAS EJECUTADAS**	**186**
VALOR TOTAL DEL CONTRATO INCLUIDO ADICIONES:	$ 16.470.300	**VALOR DE HONORARIOS PERÍODO A CERTIFICAR:**	$ 2.352.900
PLAZO DEL CONTRATO INCLUYENDO PRORROGAS	SIETE (7) MESES		
UNIDAD FUNCIONAL DE EJECUCIÓN DE ACTIVIDADES:	CENTRO DE SALUD PRIMERO DE MAYO		
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. EJECUTAR EL SEGUIMIENTO DE LOS USUARIOS INSCRITOS EN LOS DIFERENTES CICLOS DE VIDA Y RUTAS DE ATENCION DE ACUERDO A LA DISTRIBUCION POR LOCALIDAD. 1.1 Actividades desarrolladas: Seguimiento nominal telefónico gestantes y asignación de citas se verifica historia clínica citas pendientes, y reporte a EPS, seguimiento y asignación de citas 1.2 Producto (evidencia): Base matriz de monitoreo seguimientos cohorte M.P.
2	2. REALIZAR LA ASIGNACION Y SEGUIMIENTO DE ACUERDO A LA CANALIZACION DE LOS USUARIOS ASIGNADOS, O QUE CONSULTAN EN LOS DIFERENTES SERVICIOS DE LA SUBRED. 2.1 Actividades desarrolladas: Se realiza canalizaciones al 100% base SIRC de las diferentes EAPB dando respuesta a ruta riesgo M.P. Entregadas vía correo electrónico por el técnico encargado. 2.2 Producto (evidencia): envió gestión al correo de canalizaciones.
3	3. REALIZAR SEGUIMIENTO A LA ADHERENCIA DE LOS USUARIOS EN LAS DIFERENTES RUTAS DE ATENCION MEDIANTE LA EVALUACION DEL CUMPLIMIENTO DE LAS ACTIVIDADES ESTABLECIDAS POR CURSO DE. 3.1 Actividades desarrolladas: se verifica las pacientes maternas en historia clínica se agendan citas pendientes 3.2 Producto (evidencia): historia clínica
4	4. REALIZAR SEGUIMIENTO A LA ASIGNACION DE CITAS MEDICAR DE ACUERDO A LAS DIFERENTES RUTAS DE ATENCION EN PERSONAS DE LOS DIFERENTES MOMENTOS DEL CURSO DE VIDA Y RUTAS DE RIESGO DE ACUERDO AL TEMA ASIGNADO. 4.1 Actividades desarrolladas: Seguimiento base morbilidad materna extrema se verifica asignación, revisión de historia clínica se realiza seguimientos se suben a historia clínica ruta materno perinatal , se sube a link de ángeles guardianes, pacientes asignadas Capital Salud y fdds. 4.2 Producto (Evidencias): Base drive Gmail de la cohorte
5	5. APOYAR EN LA ELABORACION DE INFORMES QUE SE REQUIERAN. 5.1 Actividades desarrolladas: Se realiza base sífilis gestacional y congénita revisión de historia clínica y trazabilidad de asignación y tratamiento. 5.2 Producto (Evidencias): Se envía correo los días 20 de cada mes. 5.3 Actividades desarrolladas: Base plan egreso se verifica de historia clínica se realiza seguimientos, agendamiento de citas. 5.4 Producto (Evidencias): Correo electrónico.
6	INFORMAR A LA LIDER DE LA COHORTE LOS HALLAZGOS ENCONTRADOS EN EL SEGUIMIENTO RELACIONADOS CON LA GESTION DEL RIESGO (BARRERAS DE ACCESO). 6.1 Actividades desarrolladas: Se informa al líder de la cohorte por medio de correo hallazgos encontrados en el seguimiento relacionados con la gestión del riesgo y se realiza gestión base para las barreras de acceso revisión de historia clínica se realiza seguimientos, agendamientos de citas. . 6.2 Producto (Evidencias): Mediante correo electrónico a la líder de proceso, canalizaciones.
7	7 REALIZAR LA BUSQUEDA DE LOS DATOS DE SERVICIO PENDIENTES POR USUARIO DE ACUERDO A SU CICLO DE VIDA O CANALIZACION ASIGNADA. 7.2 Actividades desarrolladas: Se realiza búsqueda de usuarios de los diferentes aplicativos gestión de citas para dar respuesta a canalizaciones 7.3 Producto (evidencia): Base matriz de seguimientos M.P.
8	8 REALIZAR LOS SOPORTES NECESARIOS PARA LAS BASES DE DATOS SICR Y HERRAMIENTAS DE MONITOREO EN CADA COHORTE DEL RIESGO, POSTERIOR RADICACION A LIDER. 8.1 Actividades desarrolladas: Se gestionan bases de canalizaciones y herramientas de monitoreo dando conocimiento al jefe de cohorte o líder de proceso. 8.2 Producto (evidencia): Se reporta por medio de correo electrónico al jefe de cohorte o líder de proceso, canalizaciones.
9	9. REALIZAR LA ENTREGA DE LOS USUARIOS A CADA UNA DE LAS RUTAS DEL RIESGO SEGUN DIAGNOSTICOS IDENTIFICADOS. 9.1 Actividades desarrolladas Se realiza se verifica asignación, revisión de historia clínica y se envía por correo con seguimiento MME de EPS capital salud, otras EPS, ffds irregular, reporte plan de aceleración al técnico de la ruta gestantes de la subred. 9.2 Producto (evidencia): Base MME semanal, correo electrónico

10	10. REALIZAR LA DEMANDA INDUCIDA REALIZADO CONTACTO TELEFONICO A CADA USUARIO DE ACUERDO A LA ASIGNACION DE CITAS MEDICAS DE LA RPYMS Y LAS COHORTES DEL RIESGO. 10.1 Actividades desarrolladas se revisa correo institucional se da respuesta a requerimientos, asignación de citas reporte a actores M.P y EPS. 10.2 Producto (evidencia): Correo electrónico institucional.
11	1. REALIZAR EL SEGUIMIENTO A LAS BASES DE DATOS DE LAS COHORTES DEL RIESGO. 11.1. Actividades desarrolladas: Se realiza seguimiento telefónico y agendamiento de citas pendientes a los usuarios reportados con riesgo 11.2. Productos (Evidencias): Se reporta por medio de correo electrónico al jefe de cohorte o líder de proceso, Evidencia en base de datos de drive
12	12. REALIZAR LA GESTION DOCUMENTAL DE CADA ACTIVIDAD REALIZADA DURANTE EL MES Y ENTREGAR EL SOPORTE AL LIDER DEL PROCESO, LA ACTIVIDAD DEBERA SER REALIZADA DE MANERA MENSUAL. 12.1. Actividades desarrolladas: Se envía al correo de la cohorte gestión y seguimiento de las bases entregas por la líder del proceso en el mes. 12.2. Productos (Evidencias): Se reporta por medio de correo electrónico al jefe de cohorte o líder de proceso
13	13. RADICAR EN GESTION DOCUMENTAL LOS SOPORTES OBTENIDOS DURANTE LA EJECUCION DEL CONTRATO DE ACUERDO A LAS ESPECIFICACIONES DE ARCHIVO Y CON LOS CRITERIOS DE LA TABLA DE RETENCION DOCUMENTAL, AL FINALIZAR LA EJECUCION DEL CONTRATO NO SE DEBERA CONTAR CON ARCHIVO PENDIENTE PARA ALMACENAMIENTO. 13.1. Actividades desarrolladas: No Aplica 13.2. Productos (Evidencias): No Aplica

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° 9508567771	OPERADOR:	APORTES EN LINEA

CONCEPTO DEL PAGO	ENTIDAD	FECHA DE PAGO	VALOR PAGADO
SALUD:	FAMISANAR	2026/08/24	$ 218.900
PENSIÓN:	PROTECCION	2026/08/24	$ 280.200
RIESGOS LABORALES:	POSITIVA	2026/08/24	$ 42.700
OTRO			
TOTAL PAGADO			$ 541.800

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	*NIDIA MILENA TOVAR PEREZ* *PS_3070_2026_06A6DF* **NIDIA MILENA TOVAR PEREZ** **CC: 52461058**

FIRMA DE QUIEN VALIDA	*GINA PAOLA FLÓREZ PIÑEROS* *PS_3070_2026_06A6DF* **GINA PAOLA FLÓREZ PIÑEROS** **SUPERVISOR ALTERNO**
FIRMA DE QUIEN CONVALIDA EL CUMPLIMIENTO DE LAS OBLIGACIONES PARA EL PRESENTE PERIODO DE PAGO	*LIDA ESPERANZA MONTENEGRO PARRA* *PS_3070_2026_06A6DF* **LIDA ESPERANZA MONTENEGRO PARRA** **SUPERVISOR DEL CONTRATO**

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 52461058		TOVAR PEREZ NIDIA MILENA	INDEPENDIENTE	PRINCIPAL	transv 18j 71 f 04 sur	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
2026-07	2026-07	590592742	9508567771	I	2026/08/18	2026/08/24	NEQUI	6	$544,300

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	52461058 TOVAR NIDIA	230201	30	$1,750,905	$280,200	EPS017	30	$1,750,905	$218,900		0	$0	$0	14-23	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 52461058		TOVAR PEREZ NIDIA MILENA	INDEPENDIENTE	PRINCIPAL	transv 18j 71 f 04 sur	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
2026-07	2026-07	590592742	9508567771	I	2026/08/18	2026/08/24	NEQUI	6	$544,300

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	$1,300					$0	
PROTECCION	230201	800,229,739	0	1	$280,200	$1,300	$0	$0	$0	$0	$0	
ARL (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$42,700	$200					$0	
POSITIVA COMPAÑIA DE SEGUROS	14-23	860,011,153	6	1	$42,700	$200	$0	$0	$0	$0	$0	
EPS (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$218,900	$1,000					$0	
FAMISANAR	EPS017	830,003,564	7	1	$218,900	$1,000	$0	$0	$0	$0	$0	
TOTAL				1	$541,800	$2,500	$0	$0	$0	$0	$0	

Resumen General de Pago

LOR A PAGAR
$281,500
$281,500
$42,900
$42,900
$219,900
$219,900
$544,300

8:10

Yey! La transacción fue pagada con éxito

Resumen de pago

Descripción de compra
Pago de la Planilla de aportes con clave: 9508567771

Tienda
APORTES EN LINEA

Estado de la transacción
Transacción éxitosa

Fecha de la transacción
24 de agosto de 2026 a las 8:10 a. m.

CUS
590592742

¿Cuánto?
$ 544.300,00

Factura de comercio
9508567771

Tu plata salió de:


Disponible

Listo

Imprimir

Ayuda

pagos-pse.nequi.com.co/pr

1 Información general
2 Condiciones
3 Bienes y servicios
4 Documentos del Proveedor
5 Documentos del contrato
6 Información presupuestal
7 **Ejecución del Contrato**
8 Modificaciones del Contrato
9 Incumplimientos

Datos guardados

Cancelar

< Evaluación de la Entidad Estatal >

VER CONTRATO

Ejecución del Contrato

○ Porcentaje ○ Recepción de artículos

Plan de Pagos

¿Se requieren emisiones de códigos de autorización? ○ Sí ◉ No

Id de pago	Número de factura	Fecha de emisión	Fecha de recepción	Valor total de la factura	Estado

No existen resultados que cumplan con los criterios de búsqueda especificados

Crear

Documentos de ejecución del contrato

	Descripción	Nombre del archivo	Cargado por		
☐	1 PS 3070 2026 CRP -9706.pdf	1 PS 3070 2026 CRP -9706.pdf	Comprador	Descargar	Detalle
☐	COMUNICACION SUPERVISOR PS 3070 2026 8-5-26.pdf	COMUNICACION SUPERVISOR PS 3070 2026 8-5-26.pdf	Comprador	Descargar	Detalle
☐	2 PS 3070 2026 CRP -17098.PDF	2 PS 3070 2026 CRP -17098.PDF	Comprador	Descargar	Detalle
☐	PS 3070 2026 CUENTA DE COBRO ABRIL 2026.pdf	PS 3070 2026 CUENTA DE COBRO ABRIL 2026.pdf	Proveedor	Descargar	Detalle
☐	PS 3070 2026 CUENTA DE COBRO MAYO 2026.pdf	PS 3070 2026 CUENTA DE COBRO MAYO 2026.pdf	Proveedor	Descargar	Detalle
☐	PS 3070 2026 CUENTA DE COBRO JUNIO 2026.pdf	PS 3070 2026 CUENTA DE COBRO JUNIO 2026.pdf	Proveedor	Descargar	Detalle
☐	PS 3070 2026 CUENTA DE COBRO MARZO 2026.pdf	PS 3070 2026 CUENTA DE COBRO MARZO 2026.pdf	Proveedor	Descargar	Detalle
	PS 3070 2026 CUENTA DE COBRO MES ENERO 2026..pdf (Archivado)	PS 3070 2026 CUENTA DE COBRO MES ENERO 2026..pdf	Proveedor	Descargar	Detalle
☐	PS 3070 2026 CUENTA DE COBRO FEBRERO 2026.pdf	PS 3070 2026 CUENTA DE COBRO FEBRERO 2026.pdf	Proveedor	Descargar	Detalle
☐	PS 3070 2026 CUENTA DE COBRO JULIO 2026.pdf	PS 3070 2026 CUENTA DE COBRO JULIO 2026.pdf	Proveedor	Descargar	Detalle

Borrar | Cargar nuevo

Cancelar

< Evaluación de la Entidad Estatal >