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: (30-09-2026)					
NOMBRES Y APELLIDOS:	**NAYDU YAFITH CAMELO VALENCIA**			**CC:**	**1032437316**
CORREO ELECTRÓNICO:	**YAFITHCAMELO@GMAIL.COM**			**TELÉFONO:**	**3125299931**
DIRECCIÓN DOMICILIO:	**KR 78 42 G 60 SUR**			**CIUDAD:**	**BOGOTA**
BANCO AL CUAL CONSIGNAR:	**BANCO DAVIVIENDA S.A.**	**TIPO DE CUENTA:**	**AHORROS**	**N° CUENTA:**	**7700717742**
DATOS DEL CONTRATO O ADICION Y PERIODO OBJETO DE PAGO					
Nº DEL CONTRATO:	**PS 1369 2026**	**VALOR CORRESPONDIENTE AL PERIODO OBJETO DE COBRO**			**$ 3.883.880**
FECHA DE INICIO CONTRATO	**2026/02/01**	**FECHA DE TERMINACIÓN CONTRATO:**			**2026/10/31**
PERIODO OBJETO DE COBRO:	**DEL 2026/09/01 AL 2026/09/30**				

NAYDU YAFITH CAMELO VALENCIA
PS_1369_2026_7431D0

NOMBRE Y FIRMA DEL CONTRATISTA:
NAYDU YAFITH CAMELO VALENCIA
CC: 1032437316
CEL: 3125299931

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			
NAYDU YAFITH CAMELO VALENCIA			
	CON C.C N°	**1.032.437.316**	
OBJETO DEL CONTRATO:	PRESTAR SERVICIOS COMO TERAPEUTA OCUPACIONAL PARA DESARROLLAR ACTIVIDADES EN LA DIRECCION DE SERVICIOS HOSPITALARIOS-MEDICINA DE LA SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E.		
CONTRATO DE PRESTACION DE SERVICIOS PROFESIONALES No.	**PS 1369 2026**	**FECHA INICIO CONTRATO**	**2026/02/01**
VALOR INICIAL DEL CONTRATO	$ 14.894.880	**No. HORAS EJECUTADAS**	**194**
VALOR TOTAL DEL CONTRATO INCLUIDO ADICIONES:	$ 32.011.980	**VALOR DE HONORARIOS PERÍODO A CERTIFICAR:**	$ 3.883.880
PLAZO DEL CONTRATO INCLUYENDO PRORROGAS	NUEVE (9) MESES		
UNIDAD FUNCIONAL DE EJECUCIÓN DE ACTIVIDADES:	HOSPITAL SANTA CLARA		
NOMBRE DEL SUPERVISOR:	MARTHA PATRICIA APONTE BERGARA		

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 ACTIVIDADES DIAGNÓSTICAS Y TERAPÉUTICAS PARA EL MANEJO DE PATOLOGÍAS ESTABLECIDOS DENTRO DEL PLAN INTEGRAL DE CADA PACIENTE CONFORME A LAS GUÍAS VIGENTES .
2	REALIZAR EVALUACIONES E INTERVENCIONES A USUARIOS CON ALTERACIONES MENTALES EN SU HABILIDADES COGNITIVAS, MOTORAS, AFECTIVAS , COMUNICACIÓN, SOCIALIZACIÓN Y PRODUCTIVAS.
3	REALIZAR ESTIMULACIÓN MULTISENSORIAL Y FORTALECIMIENTO DE ACTIVIDADES DE LA VIDA DIARIA Y PROMOCIÓN DE INDEPENDENCIA A LOS USUARIOS.
4	REALIZAR CONSEJERÍA INDIVIDUAL SOBRE ACTIVIDADES DE CUIDADO EN CASA Y CONTINUIDAD DE TRATAMIENTO EN RELACIÓN A LAS ACTIVIDADES EN CASA Y DE ACTIVIDADES COMUNITARIAS.
5	TENER DISPOSICIÓN DE TIEMPO Y PLANEACIÓN PREVIA DE ACTIVIDADES, PARA LLEVAR A CABO TALLERES TERAPÉUTICOS CONFORME A LA PROGRAMACIÓN DEFINIDA.
6	DIRECCIÓN Y /O ASIGNAR PLAN CASERO O ACTIVIDADES PARA REALIZAR EN CASA A LOS PACIENTES QUE LO REQUIERAN Y QUE HAN SIDO ATENDIDOS.
7	DAR PAUTAS DE MANEJO Y EDUCACIÓN A FAMILIARES DE LOS PACIENTES VALORADOS, SEGÚN LA PERTINENCIA.
8	PARTICIPAR EN LAS ACTIVIDADES DE REVISTA, CASO CLÍNICO CON EL FIN DE EVALUAR Y EN CASO DE SER NECESARIO AJUSTAR EL PLAN INDIVIDUAL DE HABILITACION /REHABILITACION DEL USUARIO AMBULATORIO U HOSPITALIZADO.
9	ATENCION DE PACIENTES (ADULTO, MENOR) CON ENFERMEDAD CLÍNICA Y/O CRISIS.
10	REALIZAR DIFERENTES TALLERES SEGÚN PATOLOGÍAS PARA PACIENTE (ADULTO, MENOR) EN LOS PROCESOS DE LA SUBRED, HOSPITALARIOS Y AMBULATORIOS (SALUD MENTAL, CAD, URGENCIAS, QX, MEDI INTE, UCI, CONSULTA).
11	INSTRUIR AL USUARIO Y SUS FAMILIAS ACERCA DE LAS ENFERMEDADES DEL PACIENTE (SALUD MENTAL, CAD, URGENCIAS, QX, MEDI INTE, UCI,CONSULTA).
12	SEGUIMIENTO DE ACTIVIDADES PRODUCTIVAS DENTRO DEL PROCESO DE HOSPITALIZACIÓN.
13	REALIZAR ORIENTACIÓN VOCACIONAL Y DIRECCIONAMIENTO DE ACTIVIDADES PRODUCTIVAS.
14	REALIZAR ACOMPAÑAMIENTO A PRACTICA PSICOSOCIAL DE TERAPIA OCUPACIONAL, DE LOS ESTUDIANTES DE LA UNIVERSIDAD NACIONAL DE COLOMBIA.

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 (2026-09-01) AL (2026-09-30)

IV. INFORMACIÓN DE APORTES A SEGURIDAD SOCIAL

No. DE PLANILLA:	N° 9511068995	OPERADOR:	APORTES EN LINEA

CONCEPTO DEL PAGO	ENTIDAD	FECHA DE PAGO	VALOR PAGADO
SALUD:	SALUD TOTAL	2026/09/14	$ 223.800
PENSIÓN:	COLPENSIONES	2026/09/14	$ 286.400
RIESGOS LABORALES:	SEGUROS BOLIVAR	2026/09/14	$ 43.700
OTRO			
TOTAL PAGADO			$ 553.900

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	*NAYDU YAFITH CAMELO VALENCIA* *PS_1369_2026_7431D0* **NAYDU YAFITH CAMELO VALENCIA** **CC: 1032437316**
FIRMA DE QUIEN CONVALIDA EL CUMPLIMIENTO DE LAS OBLIGACIONES PARA EL PRESENTE PERIODO DE PAGO	*MARTHA PATRICIA APONTE BERGARA* *PS_1369_2026_7431D0* **MARTHA PATRICIA APONTE BERGARA** **SUPERVISOR DEL CONTRATO**

aportes en línea

Planilla Resumen

DATOS GENERALES DEL APORTANTE

Identificación	dv	Razon Social	Clase Aportante	Sucursal Principal	Direccion	Ciudad-Departamento	Teléfono	Exonerado SENA e ICBF
CC 1032437316		CAMELO VALENCIA NAYDU YAFITH	INDEPENDIENTE	PRINCIPAL	CARRERA 78 # 42G 60 SUR	BOGOTA-BOGOTA D.E.	3202640	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	648611094	9511068995	I	2026/09/04	2026/09/14	BANCO DAVIVIENDA	10	$594,300

LIQUIDACION DETALLADA DE APORTES

EMPLEADO			NOVEDADES														PENSION				SALUD				CCF				RIESGOS					PARAFISCALES				
No.	Identificación	Nombre	ing	ret	tde	tae	tdp	tap	vsp	cor	vst	sln	ige	lma	vac	avp	vct	irl	vip	Codigo	Dias	IBC	Aporte	Codigo	Dias	IBC	Aporte	Codigo	Dias	IBC	Aporte	Codigo	Dias	IBC	Tarifa	Aporte	Dias	IBC	Aporte	Exonerado SENA e ICBF	Total Aportes
SUCURSAL: PRINCIPAL (1 Afiliados)																						$1,790,000	$286,400			$1,790,000	$223,800			$1,790,000	$35,800			$1,790,000		$43,700		$0	$0		$589,700
Centro de Trabajo: PRINCIPAL (1 Afiliados)																						$1,790,000	$286,400			$1,790,000	$223,800			$1,790,000	$35,800			$1,790,000		$43,700		$0	$0		$589,700
Ciudad: BOGOTA Depto: BOGOTA D.E. (1 Afiliados)																						$1,790,000	$286,400			$1,790,000	$223,800			$1,790,000	$35,800			$1,790,000		$43,700		$0	$0		$589,700
1	CC	1032437316	CAMELO NAYDU								X									25-14	30	$1,790,000	$286,400	EPS002	30	$1,790,000	$223,800	CCF22	30	$1,790,000	$35,800	14-7	30	$1,790,000	2.436%	$43,700	30	$0	$0	No	$589,700
Total	**Afiliados(1)**																					$1,790,000	$286,400			$1,790,000	$223,800			$1,790,000	$35,800			$1,790,000		$43,700		$0	$0		$589,700

aportes en línea

Planilla Resumen

RESUMEN DE PAGO

RIESGO	CODIGO	NIT	DV	AFILIADOS	VALOR LIQUIDADO	INTERESES MORA	SALDOS E INCAPACIDADES	VALOR A PAGAR
AFP (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$286,400	$2,200	$0	$288,600
COLPENSIONES	25-14	900,336,004	7	1	$286,400	$2,200	$0	$288,600
ARL (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$43,700	$400	$0	$44,100
SEGUROS BOLIVAR	14-7	860,002,503	2	1	$43,700	$400	$0	$44,100
CCF (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$35,800	$300	$0	$36,100
COLSUBSIDIO	CCF22	860,007,336	1	1	$35,800	$300	$0	$36,100
EPS (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$223,800	$1,700	$0	$225,500
SALUD TOTAL	EPS002	800,130,907	4	1	$223,800	$1,700	$0	$225,500
TOTAL				**1**	**$589,700**	**$4,600**	**$0**	**$594,300**