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: 6
FECHA: 2024-09-16

DATOS DEL CONTRATISTA					
FECHA DE DILIGENCIAMIENTO: (31-05-2025)					
NOMBRES Y APELLIDOS:	**WINDY NAYARITH PINTO MARTINEZ**			**CC:**	**1002624413**
				RUT (NIT):	**1002624413**
CORREO ELECTRÓNICO:	**SEBASTTAN05@GMAIL.COM**			**TELÉFONO:**	**3224127978**
DIRECCIÓN DOMICILIO:	**KR 21 B ESTE 48 A 41**			**CIUDAD:**	**BOGOTA**
BANCO AL CUAL CONSIGNAR:	**BANCOLOMBIA S.A.**	**TIPO DE CUENTA:**	**AHORROS**	**N° CUENTA:**	**04500003870**

NÚMERO DEL CONTRATO Y DATOS DE LA ÚLTIMA ADICIÓN (PERIODO OBJETO DE PAGO)						
Nº DEL CONTRATO:	**PS 1253 2025**	**N° CDP:**	**782**	**N°. RP:**	**11815**	**PLAZO DEL CONTRATO INCLUIDAS PRORROGAS: SEIS (06) MESES**
FECHA DE INICIO CONTRATO	**2025/01/01**	**FECHA DE TERMINACIÓN CONTRATO:**		**2025/06/30**		**VALOR TOTAL DEL CONTRATO INCLUIDO ADICIONES: 13.337.676**
PERIODO OBJETO DE COBRO:	**DEL 2025/05/01 AL 2025/05/31**					
VALOR A PAGAR CORRESPONDIENTE AL PERIODO OBJETO DE COBRO	**$ 2.222.946**					

WINDY NAYARITH PINTO MARTINEZ
PS_1253_2025_99EE1F-2025-05-16 15:44:54

NOMBRE Y FIRMA DEL CONTRATISTA:
WINDY NAYARITH PINTO MARTINEZ
CC: 1002624413
CEL: 3224127978

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 SUPERVISION CONTRATO DE PRESTACION DE SERVICIOS Y DE APOYO A LA GESTIÓN**	**CÓDIGO:** **AP-IA-FT-077** **VERSIÓN: 2** **FECHA: 2024-09-16**

CELEBRADO ENTRE LA SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E Y					
NOMBRE DEL CONTRATISTA	**WINDY NAYARITH PINTO MARTINEZ**				
NÚMERO DE DOCUMENTO DE IDENTIDAD:	**1.002.624.413**				
I. INFORMACION GENERAL DEL CONTRATO DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS					
OBJETO DEL CONTRATO:	PRESTAR SERVICIO TECNICO COMO AUXILIAR DE ENFERMERIA PARA DESARROLLAR ACTIVIDADESPARA DESAROLLAR ACTIVIDADES EN LA OFICINA DE CALIDAD DE LA SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E.				
CONTRATO DE PRESTACION DE SERVICIOS PROFESIONALES No.	**PS 1253 2025**		**FECHA INICIO CONTRATO**	**2025/01/01**	
VALOR INICIAL DEL CONTRATO	$ 6.668.838				
VALOR TOTAL DEL CONTRATO INCLUIDO ADICIONES:	$ 13.337.676		**VALOR DE HONORARIOS PERÍODO A CERTIFICAR:**	$ 2.222.946	
N° DE INFORME:	5	**Nº CRP INICIAL:**	5973	**N° CDP INICIAL DEL CONTRATO**	3
PLAZO DEL CONTRATO INCLUYENDO PRORROGAS	SEIS (06) MESES				
PROCESO EN DONDE SE EJECUTARON LAS ACTIVIDADES:	OFICINA DE CALIDAD				
UNIDAD FUNCIONAL DE EJECUCIÓN DE ACTIVIDADES:	HOSPITAL LA VICTORIA				
NOMBRE DEL SUPERVISOR:	DIANA MARCELA CABALLERO ARIAS				
II. MODIFICACIONES CONTRACTUALES					
N° DE MODIFICACIÓN:	(1)	**TIPO DE MODIFICACIÓN (ADICIÓN - PRÓRROGA):**		ADICION (X)	PRORROGA (X)
VALOR ADICIONADO	$ 6.668.838	**CDP DE LA ADICIÓN:**	782	**RP DE LA ADICIÓN:**	11815
TIEMPO PRORROGADO:	DOS (02) MESES Y VEINTINUEVE				
III. POLIZAS (SI APLICA)					
¿PACTÓ POLIZAS EN SU CONTRATO?	**SI**		**NO**	**X**	
N° DE PÓLIZA:		**NOMBRE DE LA ASEGURADORA:**			
FECHA DE LA PÓLIZA		**ACTO ADMINISTRATIVO DE APROBACIÓN:**			

ITEM	IV. 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 realiza cronograma de las unidades de las bajas complejidades.
2	2.Realizar diariamente la búsqueda activa en las revisiones de las unidades de bajas complejidades.
3	3.Realizar ronda de seguridad del paciente en las fechas 8 centro de salud diana turbay,centro de salud chircales y 19 en el centro de salud olaya
4	4. Identificar casos sospechosos de IAAS en el hospital santa clara en todos los servicios los dias de disponibilidad
5	5. se realiza observaciones de los 5 momentos de las bajas compilejidades, altamira,alpes,bello horizonte, libertadores,diana turbay,chircales,antonio nariño, olaya, primera de mayo, cruces, laches,candelaria, samper mendoza, cer, bravo paez, san jorge
6	Participacion y acompañamiento de las visitas de habilitacion en las sedes de Altamira y Libertadores
7	Preparación de la visita de habilitación en las sedes de Altamira y Libertadores
8	Visitar diariamente el laboratorio clínico de las unidades de baja complejidad a excepción de Cruces, Laches, Bravo Paez, Bello Horizonte y Alpes.
9	se realiza tabulacion ,consolidación de las listas de verificacion de los servicios de las bajas complejidades.
10	realizar verificacion visual de la adherencia de 5 momentos y tecnica de higiene de manos en los servicios de las bajas complejidades. altamira,alpes,bello horizonte, libertadores,diana turbay,chircales,antonio nariño, olaya, primera de mayo, cruces, laches,candelaria, samper mendoza, bravo paez, san jorge
11	realizar gestion documental con entrega en magnetico y fisico en carpetas archivadas las listas de chequeo de las unidades de baja complejidad
12	Participación en la celebracion del dia mundial de higiene de manos en santa clara, victoria, chircales y diana turbay. Al igual que la socialización en las demás unidades de baja complejidad.
13	realizo gestion de informes de las unidades de baja complejidad
14	se realiza ronda de aislamientos en el hospital santa clara en los dias de disponibilidad (10-11 mayo)

V. 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 (2025-05-01) AL (2025-05-31)

VI. INFORMACIÓN DE APORTES A SEGURIDAD SOCIAL

No. DE PLANILLA:	N° 85936910	OPERADOR:	MI PLANILLA

CONCEPTO DEL PAGO	ENTIDAD	FECHA DE PAGO	VALOR PAGADO
SALUD:	SALUD TOTAL	2025/05/12	$ 177.938
PENSIÓN:	PORVENIR	2025/05/12	$ 227.760
RIESGOS LABORALES:	SURA	2025/05/12	$ 34.677
OTRO			
TOTAL PAGADO			$ 440.375

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:	*WINDY NAYARITH PINTO MARTINEZ* *PS_1253_2025_99EE1F-2025-05-16 15:44:54* **WINDY NAYARITH PINTO MARTINEZ** **CC: 1002624413** **CEL: 3224127978**
FIRMA DE QUIEN CONVALIDA EL CUMPLIMIENTO DE LAS OBLIGACIONES PARA EL PRESENTE PERIODO DE PAGO:	*DIANA MARCELA CABALLERO ARIAS* *PS_1253_2025_99EE1F-2025-05-19 19:42:01* **DIANA MARCELA CABALLERO ARIAS** **CARGO:** **PENDIENTE POR ASIGNAR**