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: 5
FECHA: 2024-09-09

DATOS DEL CONTRATISTA					
FECHA DE DILIGENCIAMIENTO: (31-08-2025)					
NOMBRES Y APELLIDOS:	**LYDA INES ARDILA VELASQUEZ**			**CC:**	**52173444**
CORREO ELECTRÓNICO:	**LIDARDILA07@GMAIL.COM**			**TELÉFONO:**	**3152976463**
DIRECCIÓN DOMICILIO:	**CALLE 2A Nº 11 -05**			**CIUDAD:**	**BOGOTA**
BANCO AL CUAL CONSIGNAR:	**BANCO DAVIVIENDA S.A.**	**TIPO DE CUENTA:**	**AHORROS**	**N° CUENTA:**	**007380676812**

DATOS DEL CONTRATO O ADICION Y PERIODO OBJETO DE PAGO						
Nº DEL CONTRATO:	**PS 1990 2025**	**N° CDP:**	**2519**	**N°. RP:**	**0**	**PLAZO DEL CONTRATO INCLUIDAS PRORROGAS: DIEZ (10) MESES**
FECHA DE INICIO CONTRATO	**2025/01/02**	**FECHA DE TERMINACIÓN CONTRATO:**		**2025/10/31**		
PERIODO OBJETO DE COBRO:	**DEL 2025/08/01 AL 2025/08/31**					
VALOR A PAGAR CORRESPONDIENTE AL PERIODO OBJETO DE COBRO	**$ 1.335.600**					

LYDA INES ARDILA VELASQUEZ
PS_1990_2025_68F6D0

NOMBRE Y FIRMA DEL CONTRATISTA:
LYDA INES ARDILA VELASQUEZ
CC: 52173444
CEL: 3152976463

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			
LYDA INES ARDILA VELASQUEZ			
	CON C.C N°	**52.173.444**	
OBJETO DEL CONTRATO:	PRESTAR SERVICIOS TECNICOS COMO AUXILIAR DE ENFERMERIA II (AMBULANCIA) PARA DESARROLLAR ACTIVIDADES EN LA DIRECCION DE URGENCIAS DE LA SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E.		
CONTRATO DE PRESTACION DE SERVICIOS PROFESIONALES No.	**PS 1990 2025**	**FECHA INICIO CONTRATO**	**2025/01/02**
VALOR INICIAL DEL CONTRATO	$ 10.684.800	**No. HORAS EJECUTADAS**	**120**
VALOR TOTAL DEL CONTRATO INCLUIDO ADICIONES:	$ 19.766.880	**VALOR DE HONORARIOS PERÍODO A CERTIFICAR:**	$ 1.335.600
PLAZO DEL CONTRATO INCLUYENDO PRORROGAS	DIEZ (10) MESES		
UNIDAD FUNCIONAL DE EJECUCIÓN DE ACTIVIDADES:	HOSPITAL SAN BLAS		
NOMBRE DEL SUPERVISOR:	JOHON JAIRO RODRIGUEZ APONTE		

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	Recibi y entrege turno de acuerdo a los protocolos de la entidad
2	Controle los signos vitales de cada uno de los pacientes trasladados con la periodicidad requerida segun condicion clinica informando al medico y enfermera las alteraciones encontradas y registrandolos en la historia clinica del traslado.
3	Oriente a los familiares de los pacientes para examenes diagnostico de acuerdo con los protocolos de manejo y tecnologia requerida, segun normas establecidas para cada procedimiento
4	Realice actividades propias del cuidado de enfermeria previniendo acciones inseguras en la prestacion de servicios de salud
5	Notifique inmediatamente las acciones inseguras ocurridos a sus pacientes al medico de turno, jefe inmediato y en el aplicativo dispuesto para ello.
6	Informe al profesional de enfermeria o al medico tratante, sobre los cambios del estado clinico de los pacientes en forma oportuna y adecuada.
7	Realice la lista de chequeo, verificando cumplimiento de requerimiento de los pacientes que van a ser trasladados
8	Realice los registros clinicos en forma oportuna, diligenciando todas las casillas correctamente, entregando el soporte en un termino no mayor a 24 horas en el area correspondiente.
9	Cumpli las normas institucionales de bioseguridad, vigilancia epidemiologica, gestion ambiental, salud ocupacional y demas politicas institucionales
10	Respondi por los inventarios, conservacion y uso adecuado de los equipos, elementos e insumos, al igual que el cuidado de la camilla de la movil
11	Realice seguimiento de inventario y diligencimiento del formato mi-ur-ft-032 ambulancia basica y mi-ur-ft-033 ambulancia medicalizada, los 7 primeros dias de cada mes
12	Cumpli con los procesos, procedimientos, guias y demas normas definidas por la entidad.
13	Realice la desinfeccion y registre en los formatos institucionales, aseo rutinario por turno y fines de semana desinfeccion terminal
14	Solicite en farmacia los insumos utilizados por el paciente durante el traslado.
15	Recibi y entrege el paciente al profesional de enfermeria del servicio correspondiente de acuerdo a la unidad de origen y de destino.
16	Utilice un vestuario acorde a mis actividades contractuales como uniforme
17	Ofreci trato con calidez y calidad al paciente y la familia, dando una atencion humanizada.
18	Informe al paciente y a la familia sobre los cuidados especificos de acuerdo a la situacion clinica del paciente.
19	Mantuve la reserva de la informacion clinica y personal de los pacientes
20	Realice las actividades propias de la profesion de conformidad con las normas y reglamentos de acuerdo al objeto contractual y las necesidades del servicio.
21	Notifique el inicio y culminacion de actividades al proceso de referencia y al equipo de traslado de la central de referencia por los medios de comunicacion establecidos
22	Recibi y entrege las novedades y el vehiculo asignado para cumplir las obligaciones contractuales
23	Conoci y cumpli con la politica de seguridad del paciente, reporte los evento adversos e incidentes y acciones de mejora
24	Utilice el telefono institucional para tramites de despacho y y dando un buen uso.
25	Cumpli con las recomendaciones de la arl en las actividad contractuales que lo clasifique como riesgo 4 o 5.
26	Asisti y participe en las capacitaciones, socializaciones, que se programaron desde la entidad
27	Realice las actividades delegadas por e lsupervisor del contrato

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 (2025-08-01) AL (2025-08-31)

IV. INFORMACIÓN DE APORTES A SEGURIDAD SOCIAL

No. DE PLANILLA:	N° 1074853177	OPERADOR:	SIMPLE

CONCEPTO DEL PAGO	ENTIDAD	FECHA DE PAGO	VALOR PAGADO
SALUD:	COMPENSAR	2025/08/13	$ 178.000
PENSIÓN:	PROTECCION	2025/08/13	$ 227.800
RIESGOS LABORALES:	SURA	2025/08/13	$ 0
OTRO			
TOTAL PAGADO			$ 405.800

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	*LYDA INES ARDILA VELASQUEZ* *PS_1990_2025_68F6D0* **LYDA INES ARDILA VELASQUEZ** **CC: 52173444**
FIRMA DE QUIEN CONVALIDA EL CUMPLIMIENTO DE LAS OBLIGACIONES PARA EL PRESENTE PERIODO DE PAGO	*JOHON JAIRO RODRIGUEZ APONTE* *PS_1990_2025_68F6D0* **JOHON JAIRO RODRIGUEZ APONTE** **SUPERVISOR DEL CONTRATO**

PAGOSIMPLE | AUTOLIQUIDACION CONSOLIDADA

Fecha creación reporte: 2025-08-20, 05:17:07 PM **Tipo Planilla:** I: PLANILLA INDEPENDIENTES **Numéro Planilla:** 1074853177

Periodo Cotización: julio de 2025 **Periodo Servicio:** julio de 2025

PAGADO 13/08/2025

I. DATOS DEL APORTANTE

Razón Social	LYDA INES ARDILA VELASQUEZ		
Documento	CC52173444	**Dirección**	CL 2A #11 - 05
Tipo de Empresa	INDEPENDIENTE	**Teléfono**	3152976463
Tipo Persona	NATURAL	**Forma Presentación**	ÚNICO
Ciudad	MOSQUERA	**Departamento**	CUNDINAMARCA
Representante Legal		**Identificación**	
Total Afiliados	1	**ARP**	NINGUNA ARP

II. DETALLE DEL APORTANTE

Datos del Afiliado				Novedades																				Pensiones			Salud			Riesgos			Cajas			Parafiscales					Total
Identificación	Apellidos y Nombres	Tipo Cotizante	Subtipo Cotizante	ING	RET	RET P	TDE	TAE	TDP	TAP	VSP	COR	VST	SLN	IGE	LMA	VAC	AVP	VCT	IRP	Días APP	Días EPS	Días ARP	Días CCF	Administradora	IBC Pensión	Aporte Pensión	Administradora	IBC Salud	Aporte Salud	Tarifa	IBC Riesgos	Aporte Riesgos	Administradora	IBC Caja	Aporte Caja	Aporte SENA	Aporte ICBF	ESAP	Aporte Ministerio	Total
CC 52173444	LYDA INES ARDILA VELASQUEZ	03	00																	0	30	30	0	0	(230201) PROTECCION	$ 1.423.500	$ 227.800	(EPS008) COMPENSAR EPS	$ 1.423.500	$ 178.000	0,000	$ 0	$ 0	(NIN-CC) NINGUNA CCF	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 405.800

III.TOTALES

IBC Pensión	IBC Salud	IBC Riesgos	IBC Cajas	Aportes Pensión	Aportes Salud	Aportes Riesgos	Aportes Cajas	Aportes Sena	Aportes ICBF	Aportes ESAP	Aportes Min Educación	(Incapacidades, Licencias, Saldos a Favor) EPS	Incapacidades ARP	SUBTOTAL SIN INTERESES DE MORA	TOTAL INTERESES DE MORA	TOTAL FINAL
$ 1.423.500	$ 1.423.500	$ 0	$ 0	$ 227.800	$ 178.000	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 405.800	$ 0	$ 405.800

Líneas de Servicio FonoSIMPLE: Bogotá 601 4446634 - Cali: 602 5540577 - Medellín: 604 5146669 - Bucaramanga: 607 6438000 - Cartagena: 605 6945444 - Pereira: 606 3402582 - Barranquilla: 605 3618850 - Resto del País: 018000 971 971 - ¡Más que Fácil, SIMPLE!

¡El Poder de lo SIMPLE!

Antes de imprimir, asegúrese que sea realmente necesario. Proteger el medio ambiente está en nuestras manos.