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:	**NORMA TATIANA TRUJILLO GRISALES**				**CC:**	**53007707**
CORREO ELECTRÓNICO:	**NOTATI@HOTMAIL.COM**				**TELÉFONO:**	**3175766066**
DIRECCIÓN DOMICILIO:	**CL 142D 129A 62**				**CIUDAD:**	**BOGOTA**
BANCO AL CUAL CONSIGNAR:	**BBVA COLOMBIA**	**TIPO DE CUENTA:**	**AHORROS**		**N° CUENTA:**	**074118886**
DATOS DEL CONTRATO O ADICION Y PERIODO OBJETO DE PAGO						
Nº DEL CONTRATO:	**PS 1767 2025**	**N° CDP:**	**2526**	**N°. RP:**	**0**	**PLAZO DEL CONTRATO INCLUIDAS PRORROGAS: NUEVE (9) MESES**
FECHA DE INICIO CONTRATO	**2025/01/01**	**FECHA DE TERMINACIÓN CONTRATO:**		**2025/09/01**		
PERIODO OBJETO DE COBRO:	**DEL 2025/08/01 AL 2025/08/31**					
VALOR A PAGAR CORRESPONDIENTE AL PERIODO OBJETO DE COBRO	**$ 4.384.224**					

NORMA TATIANA TRUJILLO GRISALES
PS_1767_2025_47AA17

NOMBRE Y FIRMA DEL CONTRATISTA:
NORMA TATIANA TRUJILLO GRISALES
CC: 53007707
CEL: 3175766066

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			
NORMA TATIANA TRUJILLO GRISALES			
	CON C.C N°	**53.007.707**	
OBJETO DEL CONTRATO:	PRESTAR SERVICIOS PROFESIONALES COMO INSTRUMENTADOR QUIRURGICO PARA DESARROLLAR ACTIVIDADES EN LA DIRECCION DE SERVICIOS HOSPITALARIOS DE LA SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E.		
CONTRATO DE PRESTACION DE SERVICIOS PROFESIONALES No.	**PS 1767 2025**	**FECHA INICIO CONTRATO**	**2025/01/01**
VALOR INICIAL DEL CONTRATO	$ 16.487.680	**No. HORAS EJECUTADAS**	**234**
VALOR TOTAL DEL CONTRATO INCLUIDO ADICIONES:	$ 41.537.712	**VALOR DE HONORARIOS PERÍODO A CERTIFICAR:**	$ 4.384.224
PLAZO DEL CONTRATO INCLUYENDO PRORROGAS	NUEVE (9) MESES		
UNIDAD FUNCIONAL DE EJECUCIÓN DE ACTIVIDADES:	HOSPITAL JORGE ELIECER GAITAN		
NOMBRE DEL SUPERVISOR:	SAUL ARDILA DURAN		

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	PARTICIPAR ACTIVAMENTE EN EL PROCEDIMIENTO QUIRURGICO.
2	VELAR POR LA ESTERILIZACION DEL INSTRUMENTAL Y EQUIPOS NECESARIOS EN SALAS DE CIRUGIA Y OTROS SERVICIOS QUE REQUIEREN MATERIAL ESTERIL
3	INGRESAR AL AREA QUIRURGICA PORTANDO EL VESTIDO QUIRURGICO COMPLETO Y DE FORMA CORRECTA COMO APARECE EN EL PROTOCOLO INSTITUCIONAL
4	SOLICITAR Y REGISTRAR CORRECTAMENTE EL INSTRUMENTAL QUIRURGICO, DISPOSITIVOS MEDICOS, Y MATERIAL NECESARIO SOLICITADO EN CENTRAL DE ESTERILIZACION PARA CADA PROCEDIMIENTO.
5	RESPONDER LA LISTA DE CHEQUEO DE CIRUGIA SEGURA, VOCEADA POR EL ANESTESIOLOGO, VERIFICANDO EL REGISTRO DE LA INFORMACION, INFORMANDO TODA NOVEDAD, FIRMAR AL TERMINAR CADA PROCEDIMIENTO.
6	TRASLADAR EL CONTENEDOR DEL INSTRUMENTAL QUIRURGICO EN CARRO DE TRANSPORTE DE MATERIAL CONTAMINADO Y HACER LA ENTREGA EN EL AREA DE RECEPCION DE LA CENTRAL DE ESTERILIZACION, ESPERAR A QUE EL AUXILIAR DEL SERVICIO DE ESTERILIZACION REALICE EL CONTEO RESPECTIVO Y REGISTRAR EN EL LIBRO CORRESPONDIENTE DE CENTRAL DE ESTERILIZACION TODOS LOS EQUIPOS Y MATERIALES ENTREGADOS PARA REPROCESAR.

III. VERIFICACION DE ACTIVIDADES DESARROLLADAS

SE VERIFICA 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° 1074850078	OPERADOR:	SIMPLE

CONCEPTO DEL PAGO	ENTIDAD	FECHA DE PAGO	VALOR PAGADO
SALUD:	SURA	2025/08/13	$ 208.000
PENSIÓN:	COLPENSIONES	2025/08/13	$ 266.300

RIESGOS LABORALES:	SEGUROS BOLIVAR	2025/08/13	$ 40.600
OTRO			
TOTAL PAGADO			$ 514.900

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	*NORMA TATIANA TRUJILLO GRISALES* *PS_1767_2025_47AA17* **NORMA TATIANA TRUJILLO GRISALES** **CC: 53007707**
FIRMA DE QUIEN VALIDA	*DEISY YANETH HENAO VILLALOBOS* *PS_1767_2025_47AA17* **DEISY YANETH HENAO VILLALOBOS** **SUPERVISOR ALTERNO**
FIRMA DE QUIEN CONVALIDA EL CUMPLIMIENTO DE LAS OBLIGACIONES PARA EL PRESENTE PERIODO DE PAGO	*SAUL ARDILA DURAN* *PS_1767_2025_47AA17* **SAUL ARDILA DURAN** **SUPERVISOR DEL CONTRATO**

PAGOSIMPLE | AUTOLIQUIDACION CONSOLIDADA

Fecha creación reporte: 2025-08-13, 10:29:17 AM **Tipo Planilla:** I: PLANILLA INDEPENDIENTES **Numéro Planilla:** 1074850078

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

PAGADO 13/08/2025

I. DATOS DEL APORTANTE

Razón Social	NORMA TATIANA TRUJILLO GRISALES		
Documento	CC53007707	**Dirección**	CLL 142B 129 A 62
Tipo de Empresa	INDEPENDIENTE	**Teléfono**	5374287
Tipo Persona	NATURAL	**Forma Presentación**	ÚNICO
Ciudad	BOGOTA D.C.	**Departamento**	BOGOTA D.C.
Representante Legal		**Identificación**	
Total Afiliados	1	**ARP**	SEGUROS BOLIVAR

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 AFP	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 53007707	NORMA TATIANA TRUJILLO GRISALES	59	00																	0	30	30	30	0	(25-14) COLPENSIONES	$ 1.663.757	$ 266.300	(EPS010) EPS SURA	$ 1.663.757	$ 208.000	2,436	$ 1.663.757	$ 40.600	(NIN-CC) NINGUNA CCF	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 514.900

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
$ 1.663.757	$ 1.663.757	$ 1.663.757	$ 0	$ 266.300	$ 208.000	$ 40.600	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 514.900	$ 3.100	$ 518.000

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.