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: (30-09-2025)					
NOMBRES Y APELLIDOS:	**EDITH JOHANNA CHINGATE MEDINA**			**CC:**	**52490617**
CORREO ELECTRÓNICO:	**johachin14@gmail.com**			**TELÉFONO:**	**3004500928**
DIRECCIÓN DOMICILIO:	**DG 39 SUR # 3 57 este**			**CIUDAD:**	**BOGOTA**
BANCO AL CUAL CONSIGNAR:	**BANCO DE BOGOTA**	**TIPO DE CUENTA:**	**AHORROS**	**N° CUENTA:**	**380116087**

DATOS DEL CONTRATO O ADICION Y PERIODO OBJETO DE PAGO						
Nº DEL CONTRATO:	**PS 1763 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 2025/09/01 AL 2025/09/30**					
VALOR A PAGAR CORRESPONDIENTE AL PERIODO OBJETO DE COBRO	**$ 4.684.000**					

EDITH JOHANNA CHINGATE MEDINA
PS_1763_2025_10CB65

NOMBRE Y FIRMA DEL CONTRATISTA:
EDITH JOHANNA CHINGATE MEDINA
CC: 52490617
CEL: 3004500928

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			
EDITH JOHANNA CHINGATE MEDINA			
	CON C.C N°	**52.490.617**	
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 1763 2025**	**FECHA INICIO CONTRATO**	**2025/01/01**
VALOR INICIAL DEL CONTRATO	$ 16.487.680	**No. HORAS EJECUTADAS**	**250**
VALOR TOTAL DEL CONTRATO INCLUIDO ADICIONES:	$ 41.687.600	**VALOR DE HONORARIOS PERÍODO A CERTIFICAR:**	$ 4.684.000
PLAZO DEL CONTRATO INCLUYENDO PRORROGAS	NUEVE (9) MESES		
UNIDAD FUNCIONAL DE EJECUCIÓN DE ACTIVIDADES:	HOSPITAL SAN BLAS		
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. Uso mi carne institucional de la subred durante la ejecución de las actividades contractuales, exceptuando aquellas desarrolladas dentro de las unidades quirúrgicas. 2. Apoyo el cumplimiento de las normas del sistema obligatorio de garantía de la calidad según requerimientos de la normatividad vigente. 3. Participo de las jornadas de capacitación, inducción, reuniones y eventos a los cuales soy convocado. 4. Conozco y doy cumplimiento a los procedimientos, guías, manuales, protocolos y demás establecidos por la subred, además de apoyar la implementación de estos. 5. Apoyo a la entidad en las actividades que demande según requerimientos intra y extrainstitucionales. 6. Participar en la elaboración y actualización de los manuales, procesos, guías de manejo y protocolos asistenciales del área. 7. Informo al supervisor de mi contrato cualquier novedad que afecte el cumplimiento de mis obligaciones. 8. Atiendo a los usuarios internos y externos con actitud de servicio y de manera humana, eficaz, calidad y respetuosa. 9. Desarrollar actividades de docencia dirigidas a los estudiantes de instrumentación quirúrgica que realizan práctica clínica en la institución y ofrecer informe a la persona encargada de los estudiantes en cada institución. también desarrollar actividades de capacitación al personal del servicio para el desarrollo y formación del recurso humano en salud, cuando sea necesario. 10. Cumplo con mi programación mensual de actividades. 11. Notifico los sucesos de seguridad que se presenten en el servicio, participar en los análisis de caso relacionados con el suceso y en los que sea convocado, e implemento las acciones de mejora definidas para el servicio, resultado del análisis realizado. 12. Emito conceptos de conformidad con mis actividades profesionales. 13. Soportar de manera oportuna, conforme a los tiempos establecidos, el cumplimiento del pago de los aportes al sistema de seguridad social y parafiscal durante la vigencia del contrato, requisito indispensable para generar cada pago a su favor, anexando la planilla de pago de aportes al sistema integral de seguridad social que comprende salud, pensión y riesgos laborales. 14. Custodio y respondo por los elementos entregados para el desempeño de mis actividades asignadas. 15. Siempre Ingreso al área quirúrgica portando el vestido quirúrgico completo y de forma correcta como aparece en el protocolo institucional. 16. Verifico la programación quirúrgica del quirófano al que fui asignada, con el propósito de dar cumplimiento a la programación. 17. Solicito y registro correctamente el instrumental quirúrgico, dispositivos médicos, y material necesario solicitado en central de esterilización para cada procedimiento. 18. Solicito a la farmacia las suturas y dispositivos médicos necesarios para realizar el procedimiento quirúrgico y devolver el material no utilizado a la farmacia nuevamente. 19. Realizó la limpieza y desinfección del carro de transporte correspondiente en el quirófano asignado al iniciar la jornada y registrar el proceso en el formato correspondiente, para poder trasladar en ellos todos los dispositivos, equipos y demás material estéril necesario para realizar cada procedimiento. 20. Respondo a la lista de chequeo de cirugía segura, voceada por el anestesiólogo, verificando el registro de la información, informando toda novedad, firmar al terminar cada procedimiento. 21. Me presento con el paciente y le informarle sobre cuál es mi rol durante el acto quirúrgico, antes de dar inicio al procedimiento. 22. Velo por la asepsia y antisepsia dentro del procedimiento quirúrgico, así como por la garantía de conservación de esterilidad del instrumental y equipos utilizados en salas de cirugía. 23. Verifico el viraje de los indicadores químicos antes de iniciar el procedimiento, en caso de no ser aceptables, rechazo los elementos según corresponda. 24. Reviso el contenido de cada equipo y el estado de este antes de iniciar el procedimiento. En caso de encontrar algún faltante o elemento en mal

estado informar inmediatamente a la central de esterilización, por medio del circulante de enfermería, conservando el rotulo de marcado proveniente de la central.

25. Cuento en voz alta en conjunto con el auxiliar el material médico quirúrgico que va a ser utilizado durante el procedimiento, tales como: gasas, compresas, agujas de suturas, coronoides y demás dispositivos antes de dar inicio al procedimiento quirúrgico e informar en voz alta al auxiliar de enfermería circulante de sala para que lo registre en la hoja de verificación de seguridad.

26. Durante el procedimiento informar del conteo de material médico quirúrgico, que se vaya recibiendo con el fin de registrarlo en la hoja de seguridad, sumarlo y contarlo al final del procedimiento.

29. Participo activamente en el procedimiento quirúrgico.

28. Contar en conjunto con el auxiliar circulante de sala el instrumental quirúrgico, compresas, gasas, coronoides, agujas y todo el material quirúrgico utilizado en cavidad, antes del cierre de la cavidad.

30. Posteriormente informar al cirujano tratante el resultado del recuento para poder hacer el cierre de cavidad. Una vez terminado el procedimiento, verifique el registro de la información en la hoja de seguridad, antes de firmar. Entregar las piezas anatomopatológicas al auxiliar de enfermería para su debido envió a estudio, informando en voz alta el nombre de la muestra, medio de preservación y el destino de la muestra. Posteriormente, verifique el correcto registro en la hoja de verificación.

31. Terminado el procedimiento quirúrgico recojo todo el instrumental y dispositivos médicos, los coloco en el contenedor de transporte de material contaminado, abro las pinzas con excepción de las pinzas de campo y aplico detergente enzimático y tapo el contenedor.

32. Traslado el contenedor del instrumental quirúrgico en carro de transporte de material contaminado y hago la entrega en el área de recepción de la central de esterilización, espero a que el auxiliar del servicio de esterilización realice el conteo respectivo y registrar en el libro correspondiente de central de esterilización todos los equipos y materiales entregados para reprocesar.

33. Registro en la hoja de gastos de farmacia los elementos utilizados en el procedimiento quirúrgico.

34. Elaboro por sistema la hoja de gastos de material especializado cuando haya lugar.

35. Reporto los eventos de seguridad que se presenten durante el procedimiento quirúrgico o relacionados a atención del paciente, aun cuando no se encuentre directamente involucrado el instrumentador quirúrgico.

36. Cumplo con el protocolo institucional de comportamiento en el quirófano

1	37. Adicional si se ha asignado al servicio de esterilización debe cumplir las siguientes actividades: 1. Velo por la esterilización del instrumental y equipos necesarios en salas de cirugía y otros servicios que requieren material estéril. 2. Garantizo el suministro de material médico quirúrgico que requiere proceso de esterilización a toda la unidad de servicios de salud. 3. Apoyo el cumplimiento de las normas del sistema obligatorio de

garantía de la calidad según requerimientos de la normatividad vigente.4. Disponer los medios y mecanismos necesarios para proveer una rápida solución de los posibles inconvenientes dentro del área de esterilización. 5. Mantener los stocks de material completo para cubrir las necesidades de la unidad. 6. Asegurar la idoneidad del personal que labora dentro de la central de esterilización y mantener condiciones de trabajo seguras para el mismo en la central de esterilización. 7. Colaboro en la elaboración de programas de capacitación continua para el personal del servicio. 8. Garantizar que se cumpla con todos los procedimientos establecidos para suministrar equipos y dispositivos médicos estériles en la unidad. 9. Reviso y controlo periódicamente el almacenamiento de dispositivos médicos estériles en cada uno de los servicios de la unidad de servicios de salud. 10. Evaluó la calidad del material médico quirúrgico que se utiliza en el servicio y calcular la cantidad de uso de este. 11. Solicito los mantenimientos preventivos y correctivos necesarios dentro del área. 12. Verifico y controlo el inventario de equipos e instrumental reusable asignados al servicio de esterilización. 13. Participo en la elaboración de documentos relacionados a procesos, manuales, guías de procedimiento y protocolos relacionados con la prestación del servicio de esterilización. 14. Reporto los eventos de seguridad que se presenten durante el proceso de esterilización y/o relacionados a atención del paciente aun cuando no se encuentre relacionado el proceso de esterilización.

2	

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 (2025-09-01) AL (2025-09-30)

IV. INFORMACIÓN DE APORTES A SEGURIDAD SOCIAL

No. DE PLANILLA:	N° 89165089/ 90019368	OPERADOR:	MI PLANILLA

CONCEPTO DEL PAGO	ENTIDAD	FECHA DE PAGO	VALOR PAGADO
SALUD:	COMPENSAR	2025/09/02	$ 178.000
PENSIÓN:	PROTECCION	2025/09/02	$ 227.800
RIESGOS LABORALES:	SURA	2025/09/02	$ 35.200
OTRO			
TOTAL PAGADO			$ 441.000

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

EDITH JOHANNA CHINGATE MEDINA
PS_1763_2025_10CB65
EDITH JOHANNA CHINGATE MEDINA
CC: 52490617

DEISY YANETH HENAO VILLALOBOS
PS_1763_2025_10CB65
DEISY YANETH HENAO VILLALOBOS

SUPERVISOR ALTERNO

FIRMA DE QUIEN VALIDA	
FIRMA DE QUIEN CONVALIDA EL CUMPLIMIENTO DE LAS OBLIGACIONES PARA EL PRESENTE PERIODO DE PAGO	 *SAUL ARDILA DURAN* *PS_1763_2025_10CB65* **SAUL ARDILA DURAN** **SUPERVISOR DEL CONTRATO**

compensar | miplanilla.com

PLANILLA INTEGRADA DE AUTOLIQUIDACION DE APORTES

DATOS DEL APORTANTE						
TIPO	NÚMERO	NOMBRE APORTANTE	DIRECCIÓN	TELÉFONO	CORREO	EXONERADO PAGO PARAFISCALES Y SALUD
CC	52490617	EDITH JOHANNA CHINGATE MEDINA	Crr 71 No 65-27 Apto 302	6153927	johachin14@gmail.com	
FORMA PRESENTACIÓN	CLASE APORTANTE	NOMBRE SUCURSAL / CÓDIGO	DEPARTAMENTO	CIUDAD / MUNICIPIO		
ÚNICA	I – Independiente		BOGOTÁ D. C.	BOGOTÁ, D.C.		NO

DATOS DE LA PLANILLA						
PLANILLA ASOCIADA	FECHA PAGO ASOCIADA (DIA/MES/AÑO)	TIPO PLANILLA	FECHA PAGO (DIA/MES/AÑO)	NÚMERO PLANILLA	CANTIDAD	
					EMPLEADOS	UPC
					1	0
PERIODO SALUD	PERIODO PENSIONES				TOTAL A PAGAR	
2025-08	2025-08	I	02/09/2025	89165089	$405.800	

TOTALES POR SUBSISTEMAS

TOTALES SALUD

Código EPS	Nombre	NIT	Cotización Obligatoria	UPC Adicional	Incapacidades		Licencia Maternidad		Días Mora	Valor Mora Cotización	Valor Mora UPC	Total a Pagar	No. Afiliados
					No. Autorización	Valor	No. Autorización	Valor					
EPS008	Compensar EPS	860066942-7	178.000	0		0		0	0	0	0	178.000	1

TOTALES PENSIÓN

Código AFP	Nombre	NIT	Cotización Obligatoria	Aporte Voluntario Afiliado	Aporte Voluntario Aportante	Aporte FSP - Solidaridad	Aporte FSP - Subsistencia	Días Mora	Valor Mora Cotización	Valor Mora FSP	Total a Pagar	No. Afiliados
230201	Proteccion (ING + Proteccion)	800229739-0	227.800	0	0	0	0	0	0		227.800	1

TOTALES RIESGOS LABORALES

Código ARL	Nombre	NIT	Cotización Obligatoria	Incapacidades		Aportes Otros Sistemas	Valor Neto Cotización	Días Mora	Valor Mora Cotización	Subtotal Cotización	No. Radicado Saldo a Favor	Valor Saldo a Favor	Fondo Solidaridad	Total a Pagar	No. Afiliados
				No. Autorización	Valor										

TOTALES CAJAS

Código CCF	Nombre	NIT	Valor Aporte	Días Mora	Valor Mora Aporte	Total a Pagar	No. Afiliados

TOTALES PARAFISCALES

Valor Aporte	Días Mora	Valor Mora Aporte	Total a Pagar	No. Afiliados
SENA				
0	0	0	0	0
ICBF				
0	0	0	0	0
ESAP				
MEN				

TOTALES POR SUBSISTEMA

Tipo Administradora	No. Administradoras Reportadas	Valor antes de IGE, LMA, IRP y Mora	Total a Pagar
Salud	1	178.000	178.000
Pensión	1	227.800	227.800
Riesgos Laborales	0	0	0
CCF	0	0	0
ESAP	0	0	0
ICBF	0	0	0
MEN	0	0	0
SENA	0	0	0
TOTALES	2	405.800	405.800

PAGADA

Este documento está clasificado como PRIVADO por parte de Compensar Operador de Información

compensar | miplanilla.com

PLANILLA INTEGRADA DE AUTOLIQUIDACION DE APORTES

DATOS DEL APORTANTE						
TIPO	NÚMERO	NOMBRE APORTANTE	DIRECCIÓN	TELÉFONO	CORREO	EXONERADO PAGO PARAFISCALES Y SALUD
CC	52490617	EDITH JOHANNA CHINGATE MEDINA	Crr 71 No 65-27 Apto 302	6153927	johachin14@gmail.com	
FORMA PRESENTACIÓN	CLASE APORTANTE	NOMBRE SUCURSAL / CÓDIGO	DEPARTAMENTO	CIUDAD / MUNICIPIO		
ÚNICA	I – Independiente		BOGOTÁ D. C.	BOGOTÁ, D.C.		NO

DATOS DE LA PLANILLA						
PLANILLA ASOCIADA	FECHA PAGO ASOCIADA (DIA/MES/AÑO)	TIPO PLANILLA	FECHA PAGO (DIA/MES/AÑO)	NÚMERO PLANILLA	CANTIDAD EMPLEADOS	CANTIDAD UPC
					1	0
PERIODO SALUD	PERIODO PENSIONES				TOTAL A PAGAR	
2025-08	2025-08	I	02/09/2025	89165089	$405.800	

DETALLE POR COTIZANTE

INFORMACIÓN COTIZANTE									INFORMACIÓN NOVEDADES																		PENSIÓN							SALUD			RIESGOS LABORALES				CCF			PARAFISCALES				
No.	Tipo	No. de Identificación	Apellidos y Nombres	Cotizante	Subtipo	Extranjero	Colom. exterior	Estornado	ING	RET	TDE	TAE	TDP	TAP	VSP	VST	SLN	IGE	LMA	VAC	AVP	VCT	IRL	CORRECCIÓN	Cód. AFP	IBC AFP	Cotización	Voluntario Afiliado	Voluntario Aportante	Fondo pensional de solidaridad	Fondo pensional de subsistencia	Cód. EPS	IBC EPS	Cotización / Valor UPC	Cód. ARL	IBC ARL	Clase de Riesgo	Cotización	Código CCF	IBC CCF	Aporte CCF	IBC otros parafiscales	Aporte SENA	Aporte ICBF	Aporte ESAP	Aporte MEN
1	CC	52490617	CHINGATE MEDINA EDITH JOHANNA	3	0			N																	230201	1.423.500	227.800	0	0	0	0	EPS008	1.423.500	178.000		0		0		0	0	0	0	0	0	0	0

PAGADA

Este documento está clasificado como PRIVADO por parte de Compensar Operador de Información