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: (31-10-2025)					
NOMBRES Y APELLIDOS:	**ESPERANZA ACEVEDO CAMACHO**			**CC:**	**39800375**
CORREO ELECTRÓNICO:	**ESPERANZITA5050@HOTMAIL.COM**			**TELÉFONO:**	**3204156636**
DIRECCIÓN DOMICILIO:	**CL 49B SUR 9 89**			**CIUDAD:**	**BOGOTA**
BANCO AL CUAL CONSIGNAR:	**BANCO DAVIVIENDA S.A.**	**TIPO DE CUENTA:**	**AHORROS**	**N° CUENTA:**	**004800270607**
DATOS DEL CONTRATO O ADICION Y PERIODO OBJETO DE PAGO					
Nº DEL CONTRATO:	**PS 2085 2025**	**VALOR CORRESPONDIENTE AL PERIODO OBJETO DE COBRO**			**$ 2.671.200**
FECHA DE INICIO CONTRATO	**2025/01/02**	**FECHA DE TERMINACIÓN CONTRATO:**			**2025/10/31**
PERIODO OBJETO DE COBRO:	**DEL 2025/10/01 AL 2025/10/31**				

ESPERANZA ACEVEDO CAMACHO
PS_2085_2025_A7EE2F

NOMBRE Y FIRMA DEL CONTRATISTA:
ESPERANZA ACEVEDO CAMACHO
CC: 39800375
CEL: 3204156636

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			
ESPERANZA ACEVEDO CAMACHO			
	CON C.C N°	**39.800.375**	
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 2085 2025**	**FECHA INICIO CONTRATO**	**2025/01/02**
VALOR INICIAL DEL CONTRATO	$ 10.684.800	**No. HORAS EJECUTADAS**	**240**
VALOR TOTAL DEL CONTRATO INCLUIDO ADICIONES:	$ 20.301.120	**VALOR DE HONORARIOS PERÍODO A CERTIFICAR:**	$ 2.671.200
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	.Notifiqué el inicio y culminación de actividades al proceso de referencia y al equipo de traslado de la central de referencia por los medios de comunicación establecidos
2	.Recibí y entrega las novedades y el vehículo asignado para cumplir las obligaciones contractuales
3	.Conocí y cumplí con la política de seguridad del paciente, reporte los evento adversos e incidentes y acciones de mejora
4	.Utilicé el teléfono institucional para tramites de despacho y dando un buen uso.
5	.Solicité en farmacia los insumos utilizados por el paciente durante el traslado.
6	.Recibí y entrega el paciente al profesional de enfermería del servicio correspondiente de acuerdo a la unidad de origen y de destino.
7	.Utilicé un vestuario acorde a mis actividades contractuales como uniforme
8	.Ofrecí trato con calidez y calidad al paciente y la familia, dando una atención humanizada.
9	.Cumplí con las recomendaciones de la al en las actividad contractuales que lo clasifique como riesgo 4 o 5.
10	.Informé al paciente y a la familia sobre los cuidados específicos de acuerdo a la situación clínica del paciente.
11	.Mantuvé la reserva de la información clínica y personal de los pacientes
12	.Realicé las actividades propias de la profesión de conformidad con las normas y reglamentos de acuerdo al objeto contractual y las necesidades del servicio.
13	.Recibí y entrega turno de acuerdo a los protocolos de la entidad
14	.Controlé los signos vitales de cada uno de los pacientes trasladados con la periodicidad requerida según condición clínica informando al medico y enfermera las alteraciones encontradas y registrándolos en la historia clínica del traslado.
15	.Orienté a los familiares de los pacientes para exámenes diagnostico de acuerdo con los protocolos de manejo y tecnología requerida, según normas establecidas para cada procedimiento
16	.Realicé actividades propias del cuidado de enfermería previniendo acciones inseguras en la prestación de servicios de salud
17	.Notifiqué inmediatamente las acciones inseguras ocurridos a sus pacientes al medico de turno, jefe inmediato y en el aplicativo dispuesto para ello.
18	.Informé al profesional de enfermería o al medico tratante, sobre los cambios del estado clínico de los pacientes en forma oportuna y adecuada.
19	.Realicé la lista de chequeo, verificando cumplimiento de requerimiento de los pacientes que van a ser trasladados
20	.Realicé los registros clínicos en forma oportuna, diligenciando todas las casillas correctamente, entregando el soporte en un termino no mayor a 24 horas en el área correspondiente.
21	.Cumplí las normas institucionales de bioseguridad, vigilancia epidemiológica, gestión ambiental, salud ocupacional y demás políticas institucionales
22	.Respondí por los inventarios, conservación y uso adecuado de los equipos, elementos e insumos, al igual que el cuidado de la camilla de la móvil
23	.Realicé seguimiento de inventario y diligenciamiento del formato mi-ur-ft-032 ambulancia básica y mi-ur-ft-033 ambulancia medicalizada, los 7 primeros días de cada mes
24	Cumplí con los procesos, procedimientos, guías y demás normas definidas por la entidad.
25	.Realicé la desinfección y registre en los formatos institucionales, aseo rutinario por turno y fines de semana desinfección terminal
26	.Asistí y participe en las capacitaciones, socializaciones, que se programaron desde la entidad
27	.Realicé las actividades delegadas por e supervisor 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 (2025-10-01) AL (2025-10-31)

IV. INFORMACIÓN DE APORTES A SEGURIDAD SOCIAL

No. DE PLANILLA:	N° 9492543683	OPERADOR:	APORTES EN LINEA

CONCEPTO DEL PAGO	ENTIDAD	FECHA DE PAGO	VALOR PAGADO
SALUD:	SANITAS	2025/10/14	$ 178.000
PENSIÓN:	COLPENSIONES	2025/10/14	$ 227.800
RIESGOS LABORALES:	SURA	2025/10/14	$ 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	*ESPERANZA ACEVEDO CAMACHO* *PS_2085_2025_A7EE2F* **ESPERANZA ACEVEDO CAMACHO** **CC: 39800375**
FIRMA DE QUIEN CONVALIDA EL CUMPLIMIENTO DE LAS OBLIGACIONES PARA EL PRESENTE PERIODO DE PAGO	*JOHON JAIRO RODRIGUEZ APONTE* *PS_2085_2025_A7EE2F* **JOHON JAIRO RODRIGUEZ APONTE** **SUPERVISOR DEL CONTRATO**

aportes en línea

Resumen General de Pago

DATOS GENERALES DEL APORTANTE

Identificación	dv	Razon Social	Clase Aportante	Sucursal Principal	Direccion	Ciudad-Departamento	Teléfono	Exonerado SENA e ICBF
CC 39800375		ACEVEDO CAMACHO ESPERANZA	INDEPENDIENTE	PRINCIPAL	CLL 49 B SUR N° 9 89 BLQ 4 CASA 32	BOGOTA-BOGOTA D.E.	7516991	No

DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION

Periodo		Clave		Tipo	Fecha		Pago		
Pensión	Salud	Pago	Planilla	Planilla	Limite	Pago	Banco	Dias Mora	Valor
2025-09	2025-09	25104548	9492543683	I	2025/10/17	2025/10/14	BANCO DE OCCIDENTE	0	$405,800

LIQUIDACION DETALLADA DE APORTES

EMPLEADO					PENSION		SALUD				CCF				RIESGOS				PARAFISCALES		
No.	Identificación	Nombres	Codigo	Días	IBC	Aporte	Codigo	Días	IBC	Aporte	Codigo	Días	IBC	Aporte	Codigo	Días	IBC	Aporte	Días	IBC	Aporte
Sucursal: PRINCIPAL (1 Afiliados)					$1,423,500	$227,800			$1,423,500	$178,000			$0	$0			$0	$0		$0	$0
Centro de Trabajo: PRINCIPAL (1 Afiliados)					$1,423,500	$227,800			$1,423,500	$178,000			$0	$0			$0	$0		$0	$0
Ciudad: BOGOTA Depto: BOGOTA D.E. (1 Afiliados)					$1,423,500	$227,800			$1,423,500	$178,000			$0	$0			$0	$0		$0	$0
1	CC 39800375	ACEVEDO ESPERANZA	25-14	30	$1,423,500	$227,800	EPS005	30	$1,423,500	$178,000		0	$0	$0		0	$0	$0	0	$0	$0
Total	**Afiliados(1)**				$1,423,500	$227,800			$1,423,500	$178,000			$0	$0			$0	$0		$0	$0

aportes en línea

Resumen General de Pago

DATOS GENERALES DEL APORTANTE

Identificación	dv	Razon Social	Clase Aportante	Sucursal Principal	Direccion	Ciudad-Departamento	Teléfono	Exonerado SENA e ICBF
CC 39800375		ACEVEDO CAMACHO ESPERANZA	INDEPENDIENTE	PRINCIPAL	CLL 49 B SUR N° 9 89 BLQ 4 CASA 32	BOGOTA-BOGOTA D.E.	7516991	No

DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION

Periodo		Clave		Tipo	Fecha		Pago		
Pensión	Salud	Pago	Planilla	Planilla	Limite	Pago	Banco	Dias Mora	Valor
2025-09	2025-09	25104548	9492543683	I	2025/10/17	2025/10/14	BANCO DE OCCIDENTE	0	$405,800

RESUMEN DE PAGO

RIESGO	CODIGO	NIT	DV	AFILIADOS	VALOR LIQUIDADO	INTERESES MORA	SALDOS E INCAPACIDADES	VALOR A PAGAR
AFP (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$227,800	$0	$0	$227,800
COLPENSIONES	25-14	900,336,004	7	1	$227,800	$0	$0	$227,800
EPS (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$178,000	$0	$0	$178,000
SANITAS	EPS005	800,251,440	6	1	$178,000	$0	$0	$178,000
TOTAL				**1**	**$405,800**	**$0**	**$0**	**$405,800**