

DATOS DEL CONTRATISTA					
FECHA DE DILIGENCIAMIENTO: (31-10-2025)					
NOMBRES Y APELLIDOS:	CINDY JOHANNA MELO MORENO			CC:	1019117365
CORREO ELECTRÓNICO:	CINDYJMELOMORENO@GMAIL.COM			TELÉFONO:	3115785017
DIRECCIÓN DOMICILIO:	KR 157 #131A-37			CIUDAD:	BOGOTA
BANCO AL CUAL CONSIGNAR:	BANCO DE BOGOTA	TIPO DE CUENTA:	AHORROS	N° CUENTA:	083364737
DATOS DEL CONTRATO O ADICION Y PERIODO OBJETO DE PAGO					
N° DEL CONTRATO:	PS 5750 2024	VALOR CORRESPONDIENTE AL PERIODO OBJETO DE COBRO		\$ 1.607.472	
FECHA DE INICIO CONTRATO	2024/12/09	FECHA DE TERMINACIÓN CONTRATO:		2025/10/31	
PERIODO OBJETO DE COBRO:	DEL 2025/10/01 AL 2025/10/31				
 CINDY JOHANNA MELO MORENO PS_5750_2024_993801 NOMBRE Y FIRMA DEL CONTRATISTA: CINDY JOHANNA MELO MORENO CC: 1019117365 CEL: 3115785017					

CELEBRADO ENTRE LA SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E Y
CINDY JOHANNA MELO MORENO

CON C.C N°1.019.117.365

OBJETO DEL CONTRATO:PRESTAR SERVICIOS TECNICOS COMO AUXILIAR DE ENFERMERIA PARA DESARROLLAR ACTIVIDADES EN LA DIRECCION DE SERVICIOS DE URGENCIAS DE LA SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E. 7120405-2024 CONVENIO APH

CONTRATO DE PRESTACION DE SERVICIOSPROFESIONALES No. PS 5750 2024FECHA INICIO CONTRATO2024/12/09

VALOR INICIAL DEL CONTRATO\$2.078.451No. HORAS EJECUTADAS144

VALOR TOTAL DEL CONTRATO INCLUIDO ADICIONES:\$22.274.238VALOR DE HONORARIOS PERÍODO A CERTIFICAR:\$1.607.472

PLAZO DEL CONTRATO INCLUYENDO PRORROGASONCE (11) MESES

UNIDAD FUNCIONAL DE EJECUCIÓN DE ACTIVIDADES:HOSPITAL SAN BLAS

NOMBRE DEL SUPERVISOR:JOSE OCTAVIANO BARRERA GUTIERREZ

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)

- 1Presté servicios como auxiliar de enfermería para la Unidad Funcional de Atención Prehospitalaria, en el marco de los estándares de calidad, oportunidad y con la norma de habilitación de servicios de salud vigente.
- 2Estuvé presente en el momento de las entrega y recibos de turno registrando las novedades correspondientes a 12 turnos, en el marco de un ejercicio de articulación para el desarrollo del objeto.
- 3Garanticé el adecuado diligenciamiento de 11 Historias Clínicas, 9 fallidos del programa de Atención Pre hospitalaria según criterios y normatividad vigente, además de establecer actividades de seguimiento y de mejora a la adherencia del diligenciamiento de la historia clínica.
- 4Dí respuesta oportuna al direccionamiento de eventos y atención dado por la dirección Centro regulador de Urgencias y Emergencias (DUES), garantizando la oportunidad y continuidad de la atención durante los procesos de atención, cumpliendo con los procedimientos guías y protocolos de la Centro Oriente para la atención de pacientes en el programa de atención Pre hospitalaria.
- 5Cumplí con el procedimiento de entrega y recibo de programación de actividades de 12 turnos, con registro de novedades, además de el de necesidades administrativas y asistenciales para garantizar la operatividad de la móvil, verificando, salvaguardando y garantizando el uso adecuado de cada uno de los equipos biomédicos asignados al Programa de Atención Pre hospitalaria.
- 6Dí un correcto uso a los elementos tecnológicos (celular institucional, Tablet.) asignados a las ambulancias por la Subred para el desarrollo de las actividades, así como garantizar el uso permanente de dichos dispositivos para mantener una comunicación efectiva y oportuna con la líder de la unidad funcional o con quien ella designe.
- 7Verifiqué el alistamiento de los vehículos de emergencias previo a verificación por el CRUE mediante 5 preoperacionales.
- 8Porté de manera decorosa las prendas institucionales acorde a lo establecido en el manual de imagen del CRUE junto con el carné que lo acredita como contratista de la Subred Centro Oriente E.S.E.
- 9Garanticé el cumplimiento de lo contemplado en el manual de bioseguridad.
- 10Implementé 15 listas de chequeo para monitorización y seguridad del paciente en cuanto limpieza y desinfección de los vehículos de emergencia.
- 11Realicé informe y registro oportuno de datos críticos.
- 12Efectué reporte y registro de sucesos de seguridad.
- 13Adopté los procesos, procedimientos, guías, instructivos, formatos, protocolos que se requieran para cabal el cumplimiento de las actividades.
- 14Dí trato digno y humanizado tanto al cliente interno como externo en el desarrollo del objeto contractual.
- 15Cumplí con disposiciones respectivas de seguridad del paciente, confidencialidad de la información que maneja de acuerdo con el desarrollo de las actividades.
- 16Garanticé la entrega y custodia de los equipos biomédicos al área respectiva con el biomedico del programa Jhonatan Andres Espejo Montoya cuando los vehículos son direccionados al taller y/o aseguradora programados.
- 17Apliqué las políticas de calidad de la institución participando activamente en los procesos del sistema de gestión de calidad institucional
- 18Tramité mensualmente dentro de los tiempos establecidos por la Subred Centro Oriente E.S.E los formatos de informe y cuenta de cobro", "cuenta de cobro Word y "certificado de pago de aportes sociales", para el pago de sus respectivos honorarios.
- 19Realicé las demás actividades asignadas por el supervisor y que sean inherentes con el objeto del contrato y la ejecución del CONVENIO 7120405-2024 dentro de la autonomía e independencia para el desarrollo del contrato. Contenidas en el formato de necesidad de personal que hace parte integral del presente contrato.
- 20Asistí a la capacitación brindada el 15 de octubre del 2025 sobre Transparencia y control

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° 90309927	OPERADOR:	MI PLANILLA
CONCEPTO DEL PAGO	ENTIDAD	FECHA DE PAGO	VALOR PAGADO
SALUD:	NUEVA EPS	2025/10/14	\$ 178.000
PENSIÓN:	PORVENIR	2025/10/14	\$ 227.800
RIESGOS LABORALES:	SURA	2025/10/14	\$ 34.700
OTRO			
TOTAL PAGADO			\$ 440.500

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	 CINDY JOHANNA MELO MORENO PS_5750_2024_993801 CINDY JOHANNA MELO MORENO CC: 1019117365
FIRMA DE QUIEN VALIDA	 CLAUDIA PATRICIA MILANES ALVAREZ PS_5750_2024_993801 CLAUDIA PATRICIA MILANES ALVAREZ SUPERVISOR ALTERNO
FIRMA DE QUIEN CONVALIDA EL CUMPLIMIENTO DE LAS OBLIGACIONES PARA EL PRESENTE PERIODO DE PAGO	 JOSE OCTAVIANO BARRERA GUTIERREZ PS_5750_2024_993801 JOSE OCTAVIANO BARRERA GUTIERREZ SUPERVISOR DEL CONTRATO

DATOS DE LA PLANILLA						
PLANILLA ASOCIADA	FECHA PAGO ASOCIADA (DIAMES/AÑO)	TIPO PLANILLA	FECHA PAGO (DIA/MES/AÑO)	NÚMERO PLANILLA	CANTIDAD	
					EMPLEADOS	UPC
					1	0
PERIODO SALUD	PERIODO PENSIONES				TOTAL A PAGAR	
2025-09	2025-09	I	14/10/2025	90309927	\$440.500	

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					
EPS037	Nueva EPS	900156264-2	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
230301	Porvenir	800224808-8	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										
14-11	ARL SURA	890903790-5	34.700				34.700	0	0	34.700			347	34.700	1

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

TOTALES PARAFISCALES				No. Afiliados
Valor Aporte	Días Mora	Valor Mora Aporte	Total a Pagar	
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	1	34.700	34.700
CCF	0	0	0
ESAP	0	0	0
ICBF	0	0	0
MEN	0	0	0
SENA	0	0	0
TOTALES	3	440.500	440.500

DATOS DEL APORTANTE						
TIPO	NÚMERO	NOMBRE APORTANTE		DIRECCIÓN	TELÉFONO	CORREO
CC	1019117365	CINDY JOHANNA MELO MORENO		kra 157 A 131 A 37	3115780	cindyjmelomoreno@gmail.com
FORMA PRESENTACIÓN	CLASE APORTANTE	NOMBRE SUCURSAL	CÓDIGO	DEPARTAMENTO	CIUDAD / MUNICIPIO	
ÚNICA	I – Independiente			BOGOTÁ D. C.	BOGOTÁ, D.C.	
						EXONERADO PAGO PARAFISCALES Y SALUD
						NO

DATOS DE LA PLANILLA					
PLANILLA ASOCIADA	FECHA PAGO ASOCIADA (DIA/MES/AÑO)	TIPO PLANILLA	FECHA PAGO (DIA/MES/AÑO)	NÚMERO PLANILLA	CANTIDAD
					EMPLEADOS
PERIODO SALUD	PERIODO PENSIONES				UPC
2025-09	2025-09	I	14/10/2025	90309927	10
					TOTAL A PAGAR
					\$440.500

DETALLE POR COTIZANTE																																																
INFORMACIÓN COTIZANTE										INFORMACIÓN NOVEDADES										PENSIÓN								SALUD			RIESGOS LABORALES			CCF			PARAFISCALES											
No.	Tipo	No. de Identificación	Apellidos y Nombres	Cotizante	Sueldo	Exonerado	Columna exonerada	Exonerado	ING	RET	TDE	TAE	TDP	TAP	VBP	VBT	SILN	IDE	MA	MA	MA	MA	MA	MA	MA	Cód. AFP	IBC AFP	Cotización	Voluntari o 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	1019117365	MELO MORENO CINDY JOHANNA	59	0			N																		230301	1.423.500	227.800	0	0	0	0	EPS037	1.423.500	178.000	14-11	1.423.500	3	34.700		0	0	0	0	0	0	0	0

PAGADA

☐	PS 5750 2024 CUENTA DE COBRO DICIEMBRE.pdf	PS 5750 2024 CUENTA DE COBRO DICIEMBRE.pdf	Comprador	Descargar	Detalle
☐	PS 5750 2024 CUENTA DE COBRO ENERO 2025.pdf	PS 5750 2024 CUENTA DE COBRO ENERO 2025.pdf	Comprador	Descargar	Detalle
☐	PS 5750 2024 CUENTA DE COBRO FEBRERO 2025.pdf	PS 5750 2024 CUENTA DE COBRO FEBRERO 2025.pdf	Comprador	Descargar	Detalle
☐	PS 5750 2024 CUENTA DE COBRO JULIO 2025.pdf	PS 5750 2024 CUENTA DE COBRO JULIO 2025.pdf	Comprador	Descargar	Detalle
☐	PS 5750 2024 CUENTA DE COBRO JUNIO 2025.pdf	PS 5750 2024 CUENTA DE COBRO JUNIO 2025.pdf	Comprador	Descargar	Detalle
☐	PS 5750 2024 CUENTA DE COBRO MARZO 2025.pdf	PS 5750 2024 CUENTA DE COBRO MARZO 2025.pdf	Comprador	Descargar	Detalle
☐	PS 5750 2024 CUENTA DE COBRO MAYO 2025.pdf	PS 5750 2024 CUENTA DE COBRO MAYO 2025.pdf	Comprador	Descargar	Detalle
☐	PS 5750 2024 CUENTA DE COBRO SEPTIEMBRE 2025.pdf	PS 5750 2024 CUENTA DE COBRO SEPTIEMBRE 2025.pdf	Comprador	Descargar	Detalle

Borrar

Cargar nuevo