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:	**WINDY NAYARITH PINTO MARTINEZ**			**CC:**	**1002624413**
CORREO ELECTRÓNICO:	**SEBASTTAN05@GMAIL.COM**			**TELÉFONO:**	**3224127978**
DIRECCIÓN DOMICILIO:	**KR 21 B ESTE 48 A 41**			**CIUDAD:**	**BOGOTA**
BANCO AL CUAL CONSIGNAR:	**BANCO DAVIVIENDA S.A.**	**TIPO DE CUENTA:**	**AHORROS**	**N° CUENTA:**	**488453322957**
DATOS DEL CONTRATO O ADICION Y PERIODO OBJETO DE PAGO					
Nº DEL CONTRATO:	**PS 1253 2025**	**VALOR CORRESPONDIENTE AL PERIODO OBJETO DE COBRO**			**$ 2.222.946**
FECHA DE INICIO CONTRATO	**2025/01/01**	**FECHA DE TERMINACIÓN CONTRATO:**			**2025/10/31**
PERIODO OBJETO DE COBRO:	**DEL 2025/10/01 AL 2025/10/31**				

WINDY NAYARITH PINTO MARTINEZ
PS_1253_2025_37B5B3

NOMBRE Y FIRMA DEL CONTRATISTA:
WINDY NAYARITH PINTO MARTINEZ
CC: 1002624413
CEL: 3224127978

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			
WINDY NAYARITH PINTO MARTINEZ			
	CON C.C N°	**1.002.624.413**	
OBJETO DEL CONTRATO:	PRESTAR SERVICIO TECNICO COMO AUXILIAR DE ENFERMERIA PARA DESARROLLAR ACTIVIDADESPARA DESAROLLAR ACTIVIDADES EN LA OFICINA DE CALIDAD DE LA SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E.		
CONTRATO DE PRESTACION DE SERVICIOS PROFESIONALES No.	**PS 1253 2025**	**FECHA INICIO CONTRATO**	**2025/01/01**
VALOR INICIAL DEL CONTRATO	$ 6.668.838	**No. HORAS EJECUTADAS**	**0**
VALOR TOTAL DEL CONTRATO INCLUIDO ADICIONES:	$ 22.229.460	**VALOR DE HONORARIOS PERÍODO A CERTIFICAR:**	$ 2.222.946
PLAZO DEL CONTRATO INCLUYENDO PRORROGAS	DIEZ (10) MESES		
UNIDAD FUNCIONAL DE EJECUCIÓN DE ACTIVIDADES:	HOSPITAL LA VICTORIA		
NOMBRE DEL SUPERVISOR:	DIANA MARCELA CABALLERO ARIAS		

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	Se realiza cronograma de las unidades de las bajas complejidades.
2	Realizar diariamente la búsqueda activa en las revisiones de las unidades de bajas complejidades
3	Realizar avanzada en el centro de salud Diana Turbay por visita de secretaria
4	se realiza observaciones de los 5 momentos de las bajas compilejidades, altamira,alpes,bello horizonte, libertadores,diana turbay,chircales,antonio nariño, olaya, primera de mayo, cruces, laches,candelaria, samper mendoza,bravo paez, san jorge
5	Visitar diariamente el laboratorio clínico de las unidades de baja complejidad.
6	se realiza tabulacion ,consolidación de las listas de verificacion de los servicios de las bajas complejidades
7	realizar verificacion visual de la adherencia de 5 momentos y tecnica de higiene de manos en los servicios de las bajas complejidades. altamira,alpes,bello horizonte, libertadores,diana turbay,chircales,antonio nariño, olaya, primera de mayo, cruces, laches,candelaria, samper mendoza,bravo paez, san jorge
8	9 realizar gestion documental con entrega en magnetico y fisico en carpetas archivadas las listas de chequeo de las unidades de baja complejidad
9	10 Asistencia a visita tecnica de SDS a la Unidad de Diana Turbay
10	se realiza tour de la calidad en los dias 30, 2, 7,16 en los centros de salud Altamira, Libertadores,Diana Turbay Antonio Nariño
11	se realiza el día 15 de octubre el día mundial de higiene de manos en el hospital Jorge Eliecer Gaitán donde se integra a los pacientes y familiares y funcionarios
12	se realiza avanzada en los centros de salud Samper Mendoza, Chircales por visita de Capital Salud

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° 89968091	OPERADOR:	MI PLANILLA
CONCEPTO DEL PAGO	ENTIDAD	FECHA DE PAGO	VALOR PAGADO

SALUD:	SALUD TOTAL	2025/10/10	$ 178.800
PENSIÓN:	PORVENIR	2025/10/10	$ 228.800
RIESGOS LABORALES:	SURA	2025/10/10	$ 34.900
OTRO			
TOTAL PAGADO			$ 442.500

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	*WINDY NAYARITH PINTO MARTINEZ* *PS_1253_2025_37B5B3* **WINDY NAYARITH PINTO MARTINEZ** **CC: 1002624413**
FIRMA DE QUIEN CONVALIDA EL CUMPLIMIENTO DE LAS OBLIGACIONES PARA EL PRESENTE PERIODO DE PAGO	*DIANA MARCELA CABALLERO ARIAS* *PS_1253_2025_37B5B3* **DIANA MARCELA CABALLERO ARIAS** **SUPERVISOR DEL CONTRATO**