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:	**INGRID LIZETH SANCHEZ PEDRAZA**			**CC:**	**1033760472**
CORREO ELECTRÓNICO:	**LIZPERE467@GMAIL.COM**			**TELÉFONO:**	**3023776850**
DIRECCIÓN DOMICILIO:	**DG 52 BIS SUR 4J 27**			**CIUDAD:**	**BOGOTA**
BANCO AL CUAL CONSIGNAR:	**BANCO CAJA SOCIAL**	**TIPO DE CUENTA:**	**AHORROS**	**N° CUENTA:**	**24111051081**
DATOS DEL CONTRATO O ADICION Y PERIODO OBJETO DE PAGO					
Nº DEL CONTRATO:	**PS 2703 2025**	**VALOR CORRESPONDIENTE AL PERIODO OBJETO DE COBRO**			**$ 2.804.760**
FECHA DE INICIO CONTRATO	**2025/01/01**	**FECHA DE TERMINACIÓN CONTRATO:**			**2025/09/01**
PERIODO OBJETO DE COBRO:	**DEL 2025/10/01 AL 2025/10/31**				

INGRID LIZETH SANCHEZ PEDRAZA
PS_2703_2025_1EEB1F

NOMBRE Y FIRMA DEL CONTRATISTA:
INGRID LIZETH SANCHEZ PEDRAZA
CC: 1033760472
CEL: 3023776850

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			
INGRID LIZETH SANCHEZ PEDRAZA			
	CON C.C N°	**1.033.760.472**	
OBJETO DEL CONTRATO:	PRESTAR SERVICIOS TECNICOS COMO AUXILIAR DE ENFERMERIA 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 2703 2025**	**FECHA INICIO CONTRATO**	**2025/01/01**
VALOR INICIAL DEL CONTRATO	$ 9.794.400	**No. HORAS EJECUTADAS**	**252**
VALOR TOTAL DEL CONTRATO INCLUIDO ADICIONES:	$ 25.665.780	**VALOR DE HONORARIOS PERÍODO A CERTIFICAR:**	$ 2.804.760
PLAZO DEL CONTRATO INCLUYENDO PRORROGAS	NUEVE (9) MESES		
UNIDAD FUNCIONAL DE EJECUCIÓN DE ACTIVIDADES:	HOSPITAL LA VICTORIA		
NOMBRE DEL SUPERVISOR:	NATALY DUQUE SALAZAR		

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	PRESTAR EL SERVICIO DE CONFORMIDAD CON LA ASIGNACION DE ACTIVIDADES ACORDADAS CON EL SUPERVISOR DEL CONTRATO PARA EL DESARROLLO DE LAS MISMAS
2	REALIZAR ACTIVIDADES PROPIAS DEL CUIDADO DE ENFERMERIA CUMPLIENDO LOS PROTOCOLOS INSTITUCIONALES PREVINIENDO ACCIONES INSEGURAS EN LA PRESTACION DE SERVICIOS DE SALUD. (RECIBO Y ENTREGA DE TURNO, ACTIVIDADES DE ENFERMERIA Y DEMAS ACTIVIDADES QUE SE DERIVEN DEL PROCESO DE ENFERMERIA
3	NOTIFICAR INMEDIATAMENTE LAS ACCIONES INSEGURAS OCURRIDAS A SUS PACIENTES AL MEDICO DE TURNO, JEFE INMEDIATO Y EN EL SISTEMA DE REPORTE
4	INFORMAR A LA ENFERMERA JEFE DEL SERVICIO Y AL MEDICO TRATANTE, SOBRE LOS CAMBIOS DEL ESTADO CLINICO DE LOS PACIENTES EN FORMA OPORTUNA Y ADECUADA.
5	REVISAR LA HISTORIA CLINICA DE LOS PACIENTES ASIGNADOS CONOCIENDO SU EVOLUCION DIARIA, TRATAMIENTO, PARA REALIZAR EL PLAN DE CUIDADO DE ENFERMERIA INTEGRAL DEL PACIENTE
6	DILIGENCIAR LOS REGISTROS DE LAS ATENCIONES, PROCEDIMIENTOS, ACTIVIDADES E INTERVENCIONES, QUE PERMITA MANTENER ACTUALIZADOS LOS INFORMES ESTADISTICOS DEFINIDOS POR LA NORMATIVIDAD VIGENTE Y TODOS AQUELLOS REGISTROS NECESARIOS PARA EL CUMPLIMIENTO DE LOS PROCESOS DE COSTOS Y FACTURACION
7	CUMPLIR LAS NORMAS INSTITUCIONALES DE BIOSEGURIDAD, VIGILANCIA EPIDEMIOLOGICA, GESTION AMBIENTAL, SALUD OCUPACIONAL Y DEMAS POLITICAS INSTITUCIONALES
8	. RESPONDER POR LOS INVENTARIOS, REALIZAR CONTROL, CONSERVACION Y USO ADECUADO DE LOS EQUIPOS, ELEMENTOS E INSUMOS, AL IGUAL QUE EL CUIDADO DE LA INFRAESTRUCTURA DEL SERVICIO Y/O AREA DONDE SE ENCUENTRE DESARROLLANDO LAS ACTIVIDADES
9	. OFRECER TRATO CON CALIDEZ Y CALIDAD AL PACIENTE Y LA FAMILIA, DANDO UNA ATENCION HUMANIZADA CONSERVANDO EL RESPETO POR LA DIGNIDAD HUMANA SEGUN POLITICA INSTITUCIONAL DE HUMANIZACION
10	. MANTENER LA RESERVA Y CONFIDENCIALIDAD DE LA INFORMACION CLINICA Y PERSONAL DE LOS PACIENTES, DANDO CUMPLIMIENTO A LA RESOLUCION 1995 Y AL MANUAL DE MANEJO DE HISTORIA CLINICA ESTABLECIDO POR LA INSTITUCION
11	. REALIZAR ASESORIAS PRETEST Y PRUEBAS RAPIDAS EN LOS DIFERENTES SERVICIOS INTRAMURALES Y EXTRAMURALES SEGUN SOLICITUDES REALIZADAS GENERANDO EL RESPECTIVO REGISTRO EN LA HISTORIA CLINICA, PLANILLAS E INFORMES GARANTIZANDO QUE SE REALICEN LOS RESPECTIVOS INFORMES.
12	REALIZAR BUSQUEDA ACTIVA DE POBLACION CLAVE, REALIZANDO TODO EL PROCESO CORRESPONDIENTE PARA EL DIAGNOSTICO (PRUEBAS RAPIDAS)
13	. NOTIFICAR CASOS NUEVOS (SIVIGILA).
14	PROMOVER, PARTICIPAR EN JORNADAS DE TAMIZAJE DE POBLACION EN RIESGO, EN LAS DIFERENTES UNIDADES Y SERVICIOS; REALIZANDO REGISTROS ESTADISTICOS DE LAS ASESORIAS PARA LOS INFORMES MENSUALES.
15	PORTAR EL CARNET INSTITUCIONAL DE LA SUBRED DURANTE LA EJECUCION DE LAS ACTIVIDADES CONTRACTUALES
16	SOLICITAR, ALISTAR, ENTREGAR, CUSTODIAR Y RETORNAR LIMPIEZA Y DESINFECCION DEL INSTRUMENTAL SEGUN EL AREA QUE CORRESPONDA TENIENDO EN CUENTA EL MANUAL DE CENTRAL DE ESTERILIZACION INSTITUCIONAL.
	. PRESTAR SUS SERVICIOS COMO AUXILIAR DE ENFERMERIA, EN LO RELACIONADO CON ACTIVIDADES DE PROMOCION DE LA SALUD Y PREVENCION DE LA ENFERMEDAD. REALIZANDO ACTUALIZACION DE BASES DE DATOS Y INFORMES PARA ENTREGA SEGUN FECHAS ESTIPULADAS POR LA SUB RED PARA SEGUIMIENTO Y MONITOREO DE COHORTES.,

ASIGNACION DE CITAS, DEMANDA INDUCIDA, SEGUIMIENTO, VACUNACION, ESTERILIZACION, Y DEMAS PROCEDIMIENTOS, DENTRO DE LOS PARAMETROS DE CALIDAD, DEFINIDOS EN LA NORMATIVIDAD VIGENTE DEL SISTEMA OBLIGATORIO DE GARANTIA DE CALIDAD EN SALUD Y ACOGIENDO LAS GUIAS Y PROTOCOLOS DEFINIDOS POR LA SUBRED.

17	
18	CUMPLIR CON LAS ACTIVIDADES PROPIAS DEL SERVICIO Y CON LAS ASIGNACIONES REALIZADAS POR LA ENFERMERA COORDINADORA, LO CUAL INCLUYE APOYO E INSTRUMENTACION DE PROCEDIMIENTOS MENORES EN CONSULTORIO, TRASLADO Y ENTREGA DE MUESTRAS DE PATOLOGIA
19	REALIZAR LA RECEPCION, CUSTODIA Y ENTREGA OPORTUNA DE LAS HISTORIAS CLINICAS DE CONTINGENCIA, FORMATOS DE CONSENTIMIENTO INFORMADO AL ARCHIVO DE GESTION DOCUMENTAL, REALIZADO EL REGISTRO EN EL FORMATO CORRESPONDIENTE.
20	. APOYAR ACTIVIDADES RELACIONADAS CON EL PROCESO DE ACREDITACION Y HABILITACION DE LA SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E
21	ORGANIZAR EL SERVICIO Y REALIZAR ALISTAMIENTO DE AREAS CON LA DOTACION NECESARIA Y MANTENERLOS ORDENADOS PARA FACILITAR LA PRESTACION DE SERVICIO ADECUADO Y OPORTUNO
22	EJECUTAR PROCEDIMIENTOS Y CUIDADOS A LOS PACIENTES QUE REQUIEREN MANEJO EN EL PROGRAMA DE CLINICA DE HERIDAS
23	VELAR POR EL CUIDADO Y APROVECHAMIENTO DE LOS SUMINISTROS Y EXISTENCIAS DE INSUMOS Y MEDICAMENTOS DE LOS PACIENTES DEL SERVICIO
24	RESPONDER POR LOS INVENTARIOS, CONSERVACION Y USO ADECUADO DE LOS EQUIPOS, ELEMENTOS E INSUMOS Y RECIBIR PRENDAS DE ROPA QUIRURJICA PARA LA ELABORACION DE PAQUETES TENIENDO EN CUENTA LAS TAREAS DE AUTOCLAVES DE ESTERILIZACION EN CUANTO ACOMODACION DE LA CARGAS EN LA CAMARA, COLOCACION DIARIA DE TEST BOWIE & DICK Y EL MONITOREO DEL PROCESO DE VALIDACION DE CADA CARGA Y REGISTRO EN LOS FORMATOS CORRESPONDIENTES
25	. DILIGENCIAR EN FORMA ADECUADA CADA UNO DE LOS FORMATOS ESTABLECIDOS Y REALIZAR EL REGISTRO Y LECTURA A DIARIO DE TERMO HIDROMETRIA DEL SERVICIO
26	DAR CUMPLIMIENTO CON LO ESTABLECIDO EN LAS NORMAS Y PROTOCOLOS DE LA INSTITUCION EN CUANTO A EL USO DEL UNIFORME Y ELEMENTOS DE PROTECCION DENTRO DE LAS AREAS ASIGNADAS
27	APOYAR EL CUMPLIMIENTO OBLIGATORIO DE GARANTIA DE CALIDAD SEGUN EL REQUERIMIENTO DE LA NORMATIVIDAD VIGENTE, ASISTIR A JORNADAS DE CAPACITACIONES, REUNIONES Y EVENTOS QUE SE PRESENTEN EN EL SERVICIO. CONTENIDAS EN EL FORMATO DE NECESIDAD DE PERSONAL QUE HACE PARTE INTEGRAL DEL PRESENTE CONTRATO CONTENIDAS EN EL FORMATO DE NECESIDAD DE PERSONAL QUE HACE PARTE INTEGRAL DEL PRESENTE CONTRATO
28	. REALIZAR ACOMPAÑAMIENTO AL PROFESIONAL DE ENFERMERIA EN LA REVISION MENSUAL DEL CARRO, , SECUENCIA Y VERIFICACION CANDADOS DE SEGURIDAD, REGISTROS OPORTUNOS SEGUN FORMATOS ESTABLECIDOS TENIENDO EN CUENTA EL REGISTRO DE TEMPERATURA Y DESCARGA. DESFIBRILADOR SEGUN PROTOCOLO INSTITUCIONAL.

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° 9492553914	OPERADOR:	APORTES EN LINEA

CONCEPTO DEL PAGO	ENTIDAD	FECHA DE PAGO	VALOR PAGADO
SALUD:	FAMISANAR	2025/10/16	$ 178.000
PENSIÓN:	PORVENIR	2025/10/16	$ 227.800
RIESGOS LABORALES:	SURA	2025/10/16	$ 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	 *INGRID LIZETH SANCHEZ PEDRAZA* *PS_2703_2025_1EEB1F* **INGRID LIZETH SANCHEZ PEDRAZA** **CC: 1033760472**
FIRMA DE QUIEN VALIDA	 *MARIA ANGELICA SAENZ JIMENEZ* *PS_2703_2025_1EEB1F* **MARIA ANGELICA SAENZ JIMENEZ** **SUPERVISOR ALTERNO**
FIRMA DE QUIEN CONVALIDA EL CUMPLIMIENTO DE LAS OBLIGACIONES PARA EL PRESENTE PERIODO DE PAGO	 *NATALY DUQUE SALAZAR* *PS_2703_2025_1EEB1F* **NATALY DUQUE SALAZAR** **SUPERVISOR DEL CONTRATO**