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: (30-11-2025)					
NOMBRES Y APELLIDOS:	**CLAUDIA ANDREA OME VILLANUEVA**			**CC:**	**1105690288**
CORREO ELECTRÓNICO:	**CLAUDIAVILLA-1997@HOTMAIL.COM**			**TELÉFONO:**	**3113586269**
DIRECCIÓN DOMICILIO:	**DG 52 SUR 26 49**			**CIUDAD:**	**BOGOTA**
BANCO AL CUAL CONSIGNAR:	**BANCO DE BOGOTA**	**TIPO DE CUENTA:**	**AHORROS**	**N° CUENTA:**	**201222494**
DATOS DEL CONTRATO O ADICION Y PERIODO OBJETO DE PAGO					
Nº DEL CONTRATO:	**PS 4800 2025**	**VALOR CORRESPONDIENTE AL PERIODO OBJETO DE COBRO**			**$ 2.404.080**
FECHA DE INICIO CONTRATO	**2025/02/10**	**FECHA DE TERMINACIÓN CONTRATO:**			**2025/11/30**
PERIODO OBJETO DE COBRO:	**DEL 2025/11/01 AL 2025/11/30**				

CLAUDIA ANDREA OME VILLANUEVA
PS_4800_2025_7EDABE

NOMBRE Y FIRMA DEL CONTRATISTA:
CLAUDIA ANDREA OME VILLANUEVA
CC: 1105690288
CEL: 3113586269

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			
CLAUDIA ANDREA OME VILLANUEVA			
	CON C.C N°	**1.105.690.288**	
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 4800 2025**	**FECHA INICIO CONTRATO**	**2025/02/10**
VALOR INICIAL DEL CONTRATO	$ 6.611.220	**No. HORAS EJECUTADAS**	**216**
VALOR TOTAL DEL CONTRATO INCLUIDO ADICIONES:	$ 20.657.280	**VALOR DE HONORARIOS PERÍODO A CERTIFICAR:**	$ 2.404.080
PLAZO DEL CONTRATO INCLUYENDO PRORROGAS	DIEZ (10) MESES		
UNIDAD FUNCIONAL DE EJECUCIÓN DE ACTIVIDADES:	HOSPITAL SANTA CLARA		
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	1. Se prestó el servicio de conformidad con la asignación de actividades acordadas con el supervisor del contrato.2. Se Realizaron las actividades propias del cuidado de enfermería cumpliendo los protocolos institucionales previniendo acciones inseguras en la prestación de servicios de salud. (recibo y entrega de turno, actividades de enfermería y demás actividades que se deriven del proceso de enfermería.)3. Se Notificaron inmediatamente las acciones inseguras ocurridas a los pacientes al médico de turno, jefe inmediato y en el sistema de reporte. 4. Se informó a la enfermera jefe del servicio y al médico tratante, sobre los cambios del estado clínico de los pacientes en forma oportuna y adecuada. 5. Se revisó la Historia clínica de los pacientes asignados conociendo su evolución diaria y tratamiento para realizar el plan de cuidado de Enfermería integral del paciente. 6.Se diligenciaron los registros de las atenciones, procedimientos, actividades e intervenciones, que permitieron mantener actualizados los informes estadísticos definidos por la normatividad vigente y todos aquellos registros necesarios para el cumplimiento de los procesos de costos y facturación. 7 Se cumplió con las normas institucionales de bioseguridad, vigilancia epidemiológica, gestión ambiental, salud ocupacional y demás políticas Institucionales. 8. Se respondió por los inventarios, se realizó control, conservación y uso adecuado de los equipos, elementos e insumos, al igual que el cuidado de la infraestructura del servicio y/o área donde se desarrollaron las actividades. 9. Se ofreció trato con calidez y calidad al paciente y la familia, brindando atención humanizada, conservando el respeto por la dignidad humana según política institucional de humanización. 10. Se mantuvo la reserva y confidencialidad de la información clínica y personal de los pacientes, dando cumplimiento a la resolución 1995 y al manual de manejo de historia clínica establecido por la institución. 11. Se Realizaron asesorías pretest y pruebas rápidas en los diferentes servicios según solicitudes realizadas generando el respectivo registro en la historia clínica, planillas e informes garantizando que se realicen los respectivos informes. 12. Se mantuvo visible el carnet institucional de la Subred durante la ejecución de actividades contractuales. 13. Se solicitó, custodió y retornó el instrumental completo con previa inactivación según el área que corresponda, teniendo en cuenta el manual de central de esterilización institucional. 14. Se cumplió con las actividades propias del servicio y con las asignaciones realizadas por la enfermera coordinadora, lo cual incluye apoyo e instrumentación de procedimientos menores en consultorio, traslado y entrega de muestras de patología. 15. Se recepcionó la custodia y entrega oportuna de las historias clínicas de contingencia, formatos de consentimiento informado al archivo de gestión documental, realizando el registro en el formato correspondiente. 16. Se ejecutaron actividades relacionadas con el proceso de acreditación y habilitación de la Subred Integrada de Servicios de Salud Centro oriente E.S.E. 17. Se realizó limpieza y desinfección recurrente y terminal, para mantener limpia y ordenada la unidad. 18. Se ejecutaron los procedimientos y cuidados a los pacientes que requieren manejo de heridas. 19. Se implementó el cuidado y aprovechamiento de los suministros y existencias de insumos y medicamentos de los pacientes del servicio. 20. Se realizó el diligenciamiento en forma adecuada cada uno de los formatos establecidos con su respectivo registro en los tiempos definidos. 21. Se cumplió con el uso adecuado del uniforme durante la programación de actividades. 22. Se cumplió con la asistencia a las reuniones y capacitaciones programadas. 23. Se ejecutaron las actividades establecidas según protocolo carro paro.

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 (2025-11-01) AL (2025-11-30)

IV. INFORMACIÓN DE APORTES A SEGURIDAD SOCIAL

No. DE PLANILLA:	N° 34470165	OPERADOR:	ASOPAGOS

CONCEPTO DEL PAGO	ENTIDAD	FECHA DE PAGO	VALOR PAGADO
SALUD:	SANITAS	2025/09/15	$ 178.000
PENSIÓN:	PORVENIR	2025/09/15	$ 227.800
RIESGOS LABORALES:	POSITIVA	2025/09/15	$ 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	*CLAUDIA ANDREA OME VILLANUEVA* *PS_4800_2025_7EDABE* **CLAUDIA ANDREA OME VILLANUEVA** **CC: 1105690288**
FIRMA DE QUIEN VALIDA	*ANA CELIA GARCIA GARCIA* *PS_4800_2025_7EDABE* **ANA CELIA GARCIA GARCIA** **SUPERVISOR ALTERNO**
FIRMA DE QUIEN CONVALIDA EL CUMPLIMIENTO DE LAS OBLIGACIONES PARA EL PRESENTE PERIODO DE PAGO	*NATALY DUQUE SALAZAR* *PS_4800_2025_7EDABE* **NATALY DUQUE SALAZAR** **SUPERVISOR DEL CONTRATO**

ASOPAGOS s.a.

RAZÓN SOCIAL :	CLAUDIA ANDREA OME VILLANUEVA
IDENTIFICACIÓN:	CC-1105690288
COD. DEPENDENCIA O SUCURSAL:	0
NOM. DEPENDENCIA O SUCURSAL:	0
FECHA GENERACIÓN REPORTE:	2025-09-15
FECHA LÍMITE DE PAGO:	2025-09-19
FECHA DE PAGO:	2025-09-15
ENTIDAD DE PAGO:	BANCO POPULAR
PERÍODO PENSIÓN:	2025-08
PERÍODO SALUD:	2025-08
NÚMERO PLANILLA:	34470165
TOTAL COTIZANTES:	1
REFERENCIA DE PAGO (PIN):	34470165
TIPO DE PLANILLA:	I

CÓDIGO ENTIDAD	NIT	NOMBRE	NÚMERO AFILIADOS	IBC	FONDO SOLIDARIDAD	FONDO SUBSISTENCIA	TOTAL INTERESES	VALOR PAGAR SIN INTERESES	VALOR PAGAR
EPS005	800251440	SANITAS	1	$ 1.423.500	$ 0	$ 0	$ 0	$ 178.000	$ 178.000
230301	800224808	PORVENIR	1	$ 1.423.500	$ 0	$ 0	$ 0	$ 227.800	$ 227.800
14-23	860011153	POSITIVA	1	$ 1.423.500	$ 0	$ 0	$ 0	$ 34.700	$ 34.700
				Total a pagar	$ 0	$ 0	$ 0	$ 440.500	$ 440.500

PAGADO

FECHA DE PAGO DEL SIGUIENTE MES:	22/10/2025

1 Información general
2 Condiciones
3 Bienes y servicios
4 Documentos del Provee...
5 Documentos del contrato
6 Información presupuestal
7 Ejecución del Contrato
8 Modificaciones del Contr...
9 Incumplimientos

Cancelar

< Evaluación de la Entidad Estatal >

VER CONTRATO

Ejecución del Contrato

Plan de Pagos

¿Se requieren emisiones de códigos de autorización? Sí No

Id de pago	Número de factura	Fecha de emisión	Fecha de recepción	Valor total de la factura	Estado

No existen resultados que cumplan con los criterios de búsqueda especificados

Crear

Documentos de ejecución del contrato

	Descripción	Nombre del archivo	Cargado por		
☐	PS 4800 2025 CUENTA DE COBRO FEBRERO 2025 (283).pdf	PS 4800 2025 CUENTA DE COBRO FEBRERO 2025 (283).pdf	Comprador	Descargar	Detalle
☐	PS 4800 2025 CUENTA DE COBRO MARZO 2025 (15).pdf	PS 4800 2025 CUENTA DE COBRO MARZO 2025 (15).pdf	Comprador	Descargar	Detalle
☐	PS 4800 2025 CUENTA DE COBRO ABRIL 2025 (21).pdf	PS 4800 2025 CUENTA DE COBRO ABRIL 2025 (21).pdf	Comprador	Descargar	Detalle
☐	PS 4800 2025 CUENTA DE COBRO MAYO 2025 (7).pdf	PS 4800 2025 CUENTA DE COBRO MAYO 2025 (7).pdf	Comprador	Descargar	Detalle
☐	PS 4800 2025 CRP 27-05-2025.pdf	PS 4800 2025 CRP 27-05-2025.pdf	Comprador	Descargar	Detalle
☐	PS 4800 2025 CUENTA DE COBRO JUNIO 2025 (37).pdf	PS 4800 2025 CUENTA DE COBRO JUNIO 2025 (37).pdf	Comprador	Descargar	Detalle
☐	PS 4800 2025 CUENTA DE COBRO JULIO 2025.pdf	PS 4800 2025 CUENTA DE COBRO JULIO 2025.pdf	Proveedor	Descargar	Detalle
☐	PS 4800 2025 CUENTA DE COBRO AGOSTO 2025.pdf	PS 4800 2025 CUENTA DE COBRO AGOSTO 2025.pdf	Proveedor	Descargar	Detalle
☐	2 PS 4800 2025 CRP-15586.pdf	2 PS 4800 2025 CRP-15586.pdf	Comprador	Descargar	Detalle
☐	3 PS 4800 2025 CRP-18270.pdf	3 PS 4800 2025 CRP-18270.pdf	Comprador	Descargar	Detalle

Borrar | Cargar nuevo

Cancelar

< Evaluación de la Entidad Estatal >

Powered by CamScanner