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: 5
FECHA: 2024-09-09

DATOS DEL CONTRATISTA						
FECHA DE DILIGENCIAMIENTO: (31-08-2025)						
NOMBRES Y APELLIDOS:	**YENNI MARCELA AGUADO JIMENEZ**				**CC:**	**53048290**
CORREO ELECTRÓNICO:	**MARCELAAGUADO16@GMAIL.COM**				**TELÉFONO:**	**3022166788**
DIRECCIÓN DOMICILIO:	**CL 42B SUR 7 36 ESTE**				**CIUDAD:**	**BOGOTA**
BANCO AL CUAL CONSIGNAR:	**BANCO CAJA SOCIAL**		**TIPO DE CUENTA:**	**AHORROS**	**N° CUENTA:**	**24090363399**
DATOS DEL CONTRATO O ADICION Y PERIODO OBJETO DE PAGO						
Nº DEL CONTRATO:	**PS 4806 2025**	**N° CDP:**	**2527**	**N°. RP:**	**0**	**PLAZO DEL CONTRATO INCLUIDAS PRORROGAS: SEIS (6) MESES Y VEINTE Y DOS (22) DÍAS**
FECHA DE INICIO CONTRATO	**2025/02/10**	**FECHA DE TERMINACIÓN CONTRATO:**		**2025/09/01**		
PERIODO OBJETO DE COBRO:	**DEL 2025/08/01 AL 2025/08/31**					
VALOR A PAGAR CORRESPONDIENTE AL PERIODO OBJETO DE COBRO	**$ 2.003.400**					

YENNI MARCELA AGUADO JIMENEZ
PS_4806_2025_9DF27E

NOMBRE Y FIRMA DEL CONTRATISTA:
YENNI MARCELA AGUADO JIMENEZ
CC: 53048290
CEL: 3022166788

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			
YENNI MARCELA AGUADO JIMENEZ			
	CON C.C N°	**53.048.290**	
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 4806 2025**	**FECHA INICIO CONTRATO**	**2025/02/10**
VALOR INICIAL DEL CONTRATO	$ 6.611.220	**No. HORAS EJECUTADAS**	**180**
VALOR TOTAL DEL CONTRATO INCLUIDO ADICIONES:	$ 17.986.080	**VALOR DE HONORARIOS PERÍODO A CERTIFICAR:**	$ 2.003.400
PLAZO DEL CONTRATO INCLUYENDO PRORROGAS	SEIS (6) MESES Y VEINTE Y DOS (22) DÍAS		
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)**
	DURANTE EL PERIODO COMPRENDIDO ENTRE EL 01 AL 31 DE AGOSTO 2025 SE PRESTO EL SERVICIO DE CONFORMIDAD CON LA ASIGNACIÓN DE ACTIVIDADES ACORDADAS CON EL SUPERVISOR DEL CONTRATO. DURANTE EL PERIODO COMPRENDIDO ENTRE EL 01 AL 31 DE AGOSTO 2025 SE REALIZO LAS ACTIVIDADES PROPIAS DEL CUIDADO DE ENFERMERÍA CUMPLIENDO LOS PROTOCOLOS INSTITUCIONALES PREVINIENDO ACCIONES INSEGURAS EN LA PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE SALUD. DURANTE EL PERIODO COMPRENDIDO ENTRE EL 01 AL 31 DE AGOSTO 2025 SE NOTIFICARON DE INMEDIATAMENTE LAS ACCIONES INSEGURAS OCURRIDAS A SUS PACIENTES AL MÉDICO DE TURNO, JEFE INMEDIATO Y EN EL SISTEMA DE REPORTE. DURANTE EL PERIODO COMPRENDIDO ENTRE EL 01 AL 31 DE AGOSTO 2025 SE INFORMO A LA ENFERMERA JEFE DEL SERVICIO Y AL MÉDICO TRATANTE, SOBRE LOS CAMBIOS DEL ESTADO CLÍNICO DE LOS PACIENTES EN FORMA OPORTUNA Y ADECUADA. DURANTE EL PERIODO COMPRENDIDO ENTRE EL 01 AL 31 DE AGOSTO 2025 SE REVISA LA HISTORIA CLÍNICA DE LOS PACIENTES ASIGNADOS CONOCIENDO SU EVOLUCIÓN DIARIA, TRATAMIENTO, PARA REALIZAR EL PLAN DE CUIDADO DE ENFERMERÍA INTEGRAL DEL PACIENTE DURANTE EL PERIODO COMPRENDIDO ENTRE EL 01 AL 31 DE AGOSTO 2025 SE DILIGENCIARON LOS REGISTROS DE LAS ATENCIONES, PROCEDIMIENTOS, ACTIVIDADES E INTERVENCIONES, QUE PERMITA 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. DURANTE EL PERIODO COMPRENDIDO ENTRE EL 01 AL 31 DE AGOSTO 2025 SE CUMPLIERON LAS NORMAS INSTITUCIONALES DE BIOSEGURIDAD, VIGILANCIA EPIDEMIOLÓGICA, GESTIÓN AMBIENTAL, SALUD OCUPACIONAL Y DEMÁS POLÍTICAS INSTITUCIONALES DURANTE EL PERIODO COMPRENDIDO ENTRE EL 01 AL 31 DE AGOSTO 2025 RESPONDIMOS POR LOS INVENTARIOS, REALICE 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 DESARROLLE LAS ACTIVIDADES PROPIAS PARA LA EJECUCION DEL CONTRATO. DURANTE EL PERIODO COMPRENDIDO ENTRE EL 01 AL 31 DE AGOSTO 2025 SE BRINDO UN TRATO CON CALIDEZ Y CALIDAD AL PACIENTE Y LA FAMILIA, DANDO UNA ATENCIÓN HUMANIZADA CONSERVANDO EL RESPETO POR LA DIGNIDAD HUMANA SEGÚN POLÍTICA INSTITUCIONAL DE HUMANIZACIÓN. DURANTE EL PERIODO COMPRENDIDO ENTRE EL 01 AL 31 DE AGOSTO 2025 SE UTILIZO 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. DURANTE EL PERIODO COMPRENDIDO ENTRE EL 01 AL 31 DE AGOSTO 2025 SE BRINDO ASESORÍAS PRETEST Y PRUEBAS RÁPIDAS EN LOS DIFERENTES SERVICIOS INTRAMURALES Y EXTRAMURALES SEGÚN SOLICITUDES REALIZADAS GENERANDO EL RESPECTIVO REGISTRO EN LA HISTORIA CLÍNICA, PLANILLAS E INFORMES GARANTIZANDO QUE SE REALICEN LOS RESPECTIVOS INFORMES. DURANTE EL PERIODO COMPRENDIDO ENTRE EL 01 AL 31 DE AGOSTO 2025 SE SOLICITA, ALISTA, ENTREGA, CUSTODIA Y RETORNA LIMPIEZA Y DESINFECCIÓN DEL INSTRUMENTAL SEGÚN EL ÁREA QUE CORRESPONDA TENIENDO EN CUENTA EL MANUAL DE CENTRAL DE ESTERILIZACIÓN INSTITUCIONAL.

DURANTE EL PERIODO COMPRENDIDO ENTRE EL 01 AL 31 DE AGOSTO 2025 SE CUMPLIO CON LAS ACTIVIDADES PROPIAS DEL SERVICIO Y CON LAS ASIGNACIONES REALIZADAS POR LA ENFERMERA COORDINADORA.
DURANTE EL PERIODO COMPRENDIDO ENTRE EL 01 AL 31 DE AGOSTO 2025 NO SE RECEPCIÓNA, LA CUSTODIA Y ENTREGA OPORTUNA DE LAS HISTORIAS CLÍNICAS DE CONTINGENCIA YA QUE NO SE PRESENTARON NOVEDADES EN LA PRESTACION DEL SERVICIO.
DURANTE EL PERIODO COMPRENDIDO ENTRE EL 01 AL 31 DE AGOSTO 2025 SE APOYAN ACTIVIDADES RELACIONADAS CON EL PROCESO DE ACREDITACIÓN Y HABILITACIÓN DE LA SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E.

DURANTE EL PERIODO COMPRENDIDO ENTRE EL 01 AL 31 DE AGOSTO 2025 SE REALIZO LIMPIENZA RECUERENTE ENTRE SEMANA Y FINES DE SEMANA DESINFECCION TERMINAL PARA MANTENER LIMPIO Y ORDENADA LA UNIDAD DEL PACIENTE.
DURANTE EL PERIODO COMPRENDIDO ENTRE EL 01 AL 31 DE AGOSTO 2025 SE EJECUTARON PROCEDIMIENTOS Y CUIDADOS A LOS PACIENTES QUE REQUIEREN EL MANEJO Y CUIDADOS DEL PERSONAL DE ENFERMERIA BRINDANDO CONFORT Y BIENESTAR.

1	

III. VERIFICACION DE ACTIVIDADES DESARROLLADAS

SE VERIFICA 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 (2025-08-01) AL (2025-08-31)

IV. INFORMACIÓN DE APORTES A SEGURIDAD SOCIAL

No. DE PLANILLA:	N° 1074056864	OPERADOR:	SIMPLE

CONCEPTO DEL PAGO	ENTIDAD	FECHA DE PAGO	VALOR PAGADO
SALUD:	FAMISANAR	2025/08/13	$ 178.000
PENSIÓN:	COLPENSIONES	2025/08/13	$ 227.800
RIESGOS LABORALES:	SURA	2025/08/13	$ 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	*YENNI MARCELA AGUADO JIMENEZ* *PS_4806_2025_9DF27E* **YENNI MARCELA AGUADO JIMENEZ** **CC: 53048290**
FIRMA DE QUIEN VALIDA	*MARIA ANGELICA SAENZ JIMENEZ* *PS_4806_2025_9DF27E* **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_4806_2025_9DF27E* **NATALY DUQUE SALAZAR** **SUPERVISOR DEL CONTRATO**

PAGOSIMPLE | AUTOLIQUIDACION CONSOLIDADA

Fecha creación reporte: 2025-08-14, 04:26:10 AM **Tipo Planilla:** I: PLANILLA INDEPENDIENTES **Numéro Planilla:** 1074056864

Periodo Cotización: julio de 2025 **Periodo Servicio:** julio de 2025 **Referencia pago (PIN):** 8822628886

PAGADO 13/08/2025 EN HORARIO EXTENDIDO

I. DATOS DEL APORTANTE

Razón Social	YENNI MARCELA AGUADO JIMENEZ		
Documento	CC53048290	**Dirección**	CL 42A SUR #7 - 36
Tipo de Empresa	INDEPENDIENTE	**Teléfono**	3022168788
Tipo Persona	NATURAL	**Forma Presentación**	ÚNICO
Ciudad	BOGOTA D.C.	**Departamento**	BOGOTA D.C.
Representante Legal		**Identificación**	
Total Afiliados	1	**ARP**	ARL SURA

II. DETALLE DEL APORTANTE

Datos del Afiliado				Novedades																				Pensiones			Salud			Riesgos			Cajas			Parafiscales				Total
Identificación	Apellidos y Nombres	Tipo Cotizante	Subtipo Cotizante	ING	RET	RET P	TDE	TAE	TDP	TAP	VSP	COR	VST	SLN	IGE	LMA	VAC	AVP	VCT	IRP	Días APP	Días EPS	Días ARP	Días CCF	Administradora	IBC Pensión	Aporte Pensión	Administradora	IBC Salud	Aporte Salud	Tarifa	IBC Riesgos	Aporte Riesgos	Administradora	IBC Caja	Aporte Caja	Aporte SENA	Aporte ICBF	ESAP	Aporte Ministerio	Total
CC 53048290	YENNI MARCELA AGUADO JIMENEZ	59	00																	0	30	30	30	30	(25-14) COLPENSIONES	$ 1.423.500	$ 227.800	(EPS017) FAMISANAR EPS	$ 1.423.500	$ 178.000	2,436	$ 1.423.500	$ 34.700	(CCF22) COLSUBSIDIO	$ 1.423.500	$ 28.500	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 469.000

III.TOTALES

IBC Pensión	IBC Salud	IBC Riesgos	IBC Cajas	Aportes Pensión	Aportes Salud	Aportes Riesgos	Aportes Cajas	Aportes Sena	Aportes ICBF	Aportes ESAP	Aportes Min Educación	(Incapacidades, Licencias, Saldos a Favor) EPS	Incapacidades ARP	SUBTOTAL SIN INTERESES DE MORA	TOTAL INTERESES DE MORA	TOTAL FINAL
$ 1.423.500	$ 1.423.500	$ 1.423.500	$ 1.423.500	$ 227.800	$ 178.000	$ 34.700	$ 28.500	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 469.000	$ 0	$ 469.000

Líneas de Servicio FonoSIMPLE: Bogotá 601 4446634 - Cali: 602 5540577 - Medellín: 604 5146669 - Bucaramanga: 607 6438000 - Cartagena: 605 6945444 - Pereira: 606 3402582 - Barranquilla: 605 3618850 - Resto del País: 018000 971 971 - ¡Más que Fácil, SIMPLE!

¡El Poder de lo SIMPLE!

Antes de imprimir, asegúrese que sea realmente necesario. Proteger el medio ambiente está en nuestras manos.