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:	**AZUCENA BUITRAGO LEITON**			**CC:**	**52290580**
CORREO ELECTRÓNICO:	**BUITRAGOAZUCENA6@GMAIL.COM**			**TELÉFONO:**	**3125314153**
DIRECCIÓN DOMICILIO:	**KR 8D 76B 52 SUR**			**CIUDAD:**	**BOGOTA**
BANCO AL CUAL CONSIGNAR:	**BANCO DAVIVIENDA S.A.**	**TIPO DE CUENTA:**	**AHORROS**	**N° CUENTA:**	**006800915230**
DATOS DEL CONTRATO O ADICION Y PERIODO OBJETO DE PAGO					
Nº DEL CONTRATO:	**PS 1111 2025**	**VALOR CORRESPONDIENTE AL PERIODO OBJETO DE COBRO**			**$ 1.890.573**
FECHA DE INICIO CONTRATO	**2025/01/01**	**FECHA DE TERMINACIÓN CONTRATO:**			**2025/11/30**
PERIODO OBJETO DE COBRO:	**DEL 2025/11/01 AL 2025/11/30**				

AZUCENA BUITRAGO LEITON
PS_1111_2025_9043DD

NOMBRE Y FIRMA DEL CONTRATISTA:
AZUCENA BUITRAGO LEITON
CC: 52290580
CEL: 3125314153

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			
AZUCENA BUITRAGO LEITON			
	CON C.C N°	**52.290.580**	
OBJETO DEL CONTRATO:	PRESTAR SERVICIOS TECNICOS COMO AUXILIAR ENFERMERIA PARA DESARROLLAR ACTIVIDADES EN LA DIRECCION DE SERVICIOS AMBULATORIOS DE LA SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS EN SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E.		
CONTRATO DE PRESTACION DE SERVICIOS PROFESIONALES No.	**PS 1111 2025**	**FECHA INICIO CONTRATO**	**2025/01/01**
VALOR INICIAL DEL CONTRATO	$ 7.934.208	**No. HORAS EJECUTADAS**	**183**
VALOR TOTAL DEL CONTRATO INCLUIDO ADICIONES:	$ 21.994.700	**VALOR DE HONORARIOS PERÍODO A CERTIFICAR:**	$ 1.890.573
PLAZO DEL CONTRATO INCLUYENDO PRORROGAS	ONCE (11) MESES		
UNIDAD FUNCIONAL DE EJECUCIÓN DE ACTIVIDADES:	CENTRO DE SALUD DIANA TURBAY		
NOMBRE DEL SUPERVISOR:	GLORIA MARITZA PINILLA PINILLA		

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 desarrollaran las actividades contractuales de acuerdo al cronograma para el mes de NOVIEMBRE del 2025 Se realizó la toma al 100 % de los paciente al mes de NOVIEMBRE 2025 Se realizó la preparación al 100% de los pacientes asignados al mes de NOVIEMBRE 2025 El 100% de las actividades derivada del plan de cuidado de enfermería se realizaron teniendo en cuenta las practicas seguras del mes NOVIEMBRE 2025 Se realizó el reporte de suceso de seguridad identificados del mes OCTUBRE 2025 Se garantizó el reporte del 100% de las desviaciones en la evolución del paciente al equipo del trabajo del mes de NOVIEMBRE 2025 Se realizó revisión de las historias clínicas de los pacientes asignados al 100 % del mes de NOVIEMBRE 2025 Se garantizó el reporte del 100% de las desviaciones en la evolución del paciente al equipo del trabajo del mes de NOVIEMBRE 2025 Se realizó revisión de las historias clínicas de los pacientes asignados al 100 % del mes de NOVIEMBRE 2025 Se garantizó el cumplimiento d ellas actividades programadas del mes de NOVIEMBRE 2025 Se realizó la revisión diaria del inventario correspondiente al área en el mes de NOVIEMBRE 2025 Se realizaron las actividades contractuales teniendo en cuenta los institucionales relacionados con los procesos de enfermería en el mes de NOVIEMBRE 2025 Se realizó la participación en las reuniones programadas para el mes de NOVIEMBRE 2025 Se garantizó el proceso de limpieza y desinfección rutinaria y terminal en la unidad del paciente así como las diferentes áreas del servicio durante el mes de NOVIEMBRE 2025 Se realizó la toma de muestras de laboratorio al 100% de los pacientes que requirieron la necesidad de la toma en el mes de NOVIEMBRE 2025 Se realizó la asistencia en la alimentación a los pacientes asignados con grado de dependencia de enfermería conservando las precauciones establecidas en el mes de NOVIEMBRE 2025 Se realizó el control de líquidos administrados y eliminados al 100% de los pacientes asignados al mes de NOVIEMBRE 2025 Se garantizó la atención del paciente con calidad, calidez y humanización a los pacientes asignados en el mes de NOVIEMBRE 2025 reporte de PQR relacionado con la prestación de mi servicio Se garantizó la educación e información al 100% de los pacientes asignados incluidos en su familia en el mes de NOVIEMBRE 2025 El 100% de las actividades realizadas a los pacientes asignados se realizaron teniendo en cuenta las competencias técnicas del mes de NOVIEMBRE2025 Se desarrollan las actividades contractuales de acuerdo al cronograma para el mes de NOVIEMBRE 2025

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° 1076365281	OPERADOR:	SIMPLE

CONCEPTO DEL PAGO	ENTIDAD	FECHA DE PAGO	VALOR PAGADO
SALUD:	COMPENSAR	2025/11/17	$ 178.000
PENSIÓN:	COLPENSIONES	2025/11/17	$ 227.800
RIESGOS LABORALES:	SEGUROS BOLIVAR	2025/11/17	$ 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	*AZUCENA BUITRAGO LEITON* *PS_1111_2025_9043DD* **AZUCENA BUITRAGO LEITON** **CC: 52290580**
FIRMA DE QUIEN CONVALIDA EL CUMPLIMIENTO DE LAS OBLIGACIONES PARA EL PRESENTE PERIODO DE PAGO	*GLORIA MARITZA PINILLA PINILLA* *PS_1111_2025_9043DD* **GLORIA MARITZA PINILLA PINILLA** **SUPERVISOR DEL CONTRATO**

Simple

PAGOSIMPLE | AUTOLIQUIDACION CONSOLIDADA

Fecha creación reporte: 2025-11-18, 05:22:17 AM **Tipo Planilla:** I PLANILLA INDEPENDIENTES **Numéro Planilla:** 1076365281

Periodo Cotización: octubre de 2025 **Periodo Servicio:** octubre de 2025 **Referencia pago (PIN):** 8854825840

PAGADO 17/11/2025 EN HORARIO EXTENDIDO

I. DATOS DEL APORTANTE

Razón Social	AZUCENA BUITRAGO LEYTON		
Documento	CC52290580	**Dirección**	CR 8D #76 B - 52 SUR APTO 202
Tipo de Empresa	INDEPENDIENTE	**Teléfono**	3224578844
Tipo Persona	NATURAL	**Forma Presentación**	ÚNICO
Ciudad	BOGOTA D.C.	**Departamento**	BOGOTA D.C.
Representante Legal		**Identificación**	
Total Afiliados	1	**ARP**	SEGUROS BOLIVAR

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	IBP	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 Mineducación	Total
CC 52290580	AZUCENA BUITRAGO LEYTON	59	00																		0	30	30	0	(25-14) COLPENSIONES	$ 1.423.500	$ 227.800	(EPS008) COMPENSAR EPS	$ 1.423.500	$ 178.000	2.436	$ 1.423.500	$ 34.700	(NIN-CC) NINGUNA CCF	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 440.500

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	$ 0	$ 227.800	$ 178.000	$ 34.700	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 440.500	$ 0	$ 440.500

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

¡El Poder de lo SIMPLE!

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

Powered by CamScanner

1 Información general
2 la mayoría de la población...
3 Bienes y servicios
4 mensajeros del
5 mensajes del contrato
6 Información presupuesta
7 Ejecución del Contrato
8 Modificaciones del Contrato
9 Incumplimientos

Cancelar

< Evaluación de la Entidad Estatal >

VER CONTRATO

Ejecución del Contrato

Porcentaje Recepción de artículos

Plan de Pagos

¿Se requieren emisiones de códigos de autorización? Si 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 1111 2025 CUENTA DE COBRO ENERO 2025.pdf	PS 1111 2025 CUENTA DE COBRO ENERO 2025.pdf	Comprador	Descargar	Detalle
PS 1111 2025 CUENTA DE COBRO FEBRERO 2025.pdf	PS 1111 2025 CUENTA DE COBRO FEBRERO 2025.pdf	Comprador	Descargar	Detalle
PS 1111 2025 CUENTA DE COBRO MARZO 2025.pdf	PS 1111 2025 CUENTA DE COBRO MARZO 2025.pdf	Comprador	Descargar	Detalle
PS 1111 2025 CUENTA DE COBRO ABRIL 2025.pdf	PS 1111 2025 CUENTA DE COBRO ABRIL 2025.pdf	Comprador	Descargar	Detalle
COMUNICACION SUPERVISOR PS 1111 2025.pdf	COMUNICACION SUPERVISOR PS 1111 2025.pdf	Comprador	Descargar	Detalle
COMUNICACION SUPERVISOR PS 1111 2025 - 2.pdf	COMUNICACION SUPERVISOR PS 1111 2025 - 2.pdf	Comprador	Descargar	Detalle
PS 1111 2025 CUENTA DE COBRO MAYO 2025.pdf	PS 1111 2025 CUENTA DE COBRO MAYO 2025.pdf	Comprador	Descargar	Detalle
PS 1111 2025 CUENTA DE COBRO JUNIO.pdf (Archivado)	PS 1111 2025 CUENTA DE COBRO JUNIO.pdf	Proveedor	Descargar	Detalle
PS11112025CUENTADE COBROJUNIO.pdf	PS11112025CUENTADE COBROJUNIO.pdf	Proveedor	Descargar	Detalle
1 PS 1111 2025 CRP-4499.pdf	1 PS 1111 2025 CRP-4499.pdf	Comprador	Descargar	Detalle
2 PS 1111 2025 CRP-14958.pdf	2 PS 1111 2025 CRP-14958.pdf	Comprador	Descargar	Detalle
PS 1111 2025 CUENTA DE COBRO JULIO 2025.pdf	PS 1111 2025 CUENTA DE COBRO JULIO 2025.pdf	Proveedor	Descargar	Detalle
3 PS 1111 2025 CRP-18671.pdf	3 PS 1111 2025 CRP-18671.pdf	Comprador	Descargar	Detalle
PS 1111 2025 CUENTA DE COBRO AGOSTO 2025.pdf	PS 1111 2025 CUENTA DE COBRO AGOSTO 2025.pdf	Proveedor	Descargar	Detalle
PS 1111 2025 CUENTA DE COBRO SEPTIEMBRE.pdf	PS 1111 2025 CUENTA DE COBRO SEPTIEMBRE.pdf	Proveedor	Descargar	Detalle
PS_1111_2025_CUENTA DE COBRO OCTUBRE.pdf	PS_1111_2025_CUENTA DE COBRO OCTUBRE.pdf	Proveedor	Descargar	Detalle

Borrar Cargar nuevo

Cancelar

< Evaluación de la Entidad Estatal >

Powered by CamScanner