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 PATRICIA RODRIGUEZ PAEZ**			**CC:**	**52163226**
CORREO ELECTRÓNICO:	**PATORODRIGUEZ185@GMAIL.COM**			**TELÉFONO:**	**3102962834**
DIRECCIÓN DOMICILIO:	**CL 53 B SUR # 5C-42 ESTE**			**CIUDAD:**	**BOGOTA**
BANCO AL CUAL CONSIGNAR:	**BANCO DAVIVIENDA S.A.**	**TIPO DE CUENTA:**	**AHORROS**	**N° CUENTA:**	**008480284986**
DATOS DEL CONTRATO O ADICION Y PERIODO OBJETO DE PAGO					
Nº DEL CONTRATO:	**PS 2433 2025**	**VALOR CORRESPONDIENTE AL PERIODO OBJETO DE COBRO**			**$ 2.003.400**
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**				

CLAUDIA PATRICIA RODRIGUEZ PAEZ
PS_2433_2025_0E6833

NOMBRE Y FIRMA DEL CONTRATISTA:
CLAUDIA PATRICIA RODRIGUEZ PAEZ
CC: 52163226
CEL: 3102962834

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 PATRICIA RODRIGUEZ PAEZ

CON C.C N° **52.163.226**

OBJETO DEL CONTRATO:	PRESTAR SERVICIOS TECNICOS COMO AUXILIAR DE ENFERMERIA II 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 2433 2025**	**FECHA INICIO CONTRATO**	**2025/01/01**
VALOR INICIAL DEL CONTRATO	$ 8.547.840	**No. HORAS EJECUTADAS**	**180**
VALOR TOTAL DEL CONTRATO INCLUIDO ADICIONES:	$ 23.573.340	**VALOR DE HONORARIOS PERÍODO A CERTIFICAR:**	$ 2.003.400
PLAZO DEL CONTRATO INCLUYENDO PRORROGAS	ONCE (11) MESES		
UNIDAD FUNCIONAL DE EJECUCIÓN DE ACTIVIDADES:	HOSPITAL SAN BLAS		
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° 1075712531	OPERADOR:	SIMPLE

CONCEPTO DEL PAGO	ENTIDAD	FECHA DE PAGO	VALOR PAGADO
SALUD:	SANITAS	2025/10/01	$ 178.000
PENSIÓN:	COLPENSIONES	2025/10/01	$ 227.800
RIESGOS LABORALES:	SEGUROS BOLIVAR	2025/10/01	$ 34.700
OTRO			
TOTAL PAGADO			$ 440.500

V. DECLARACIONES DEL CONTRATISTA

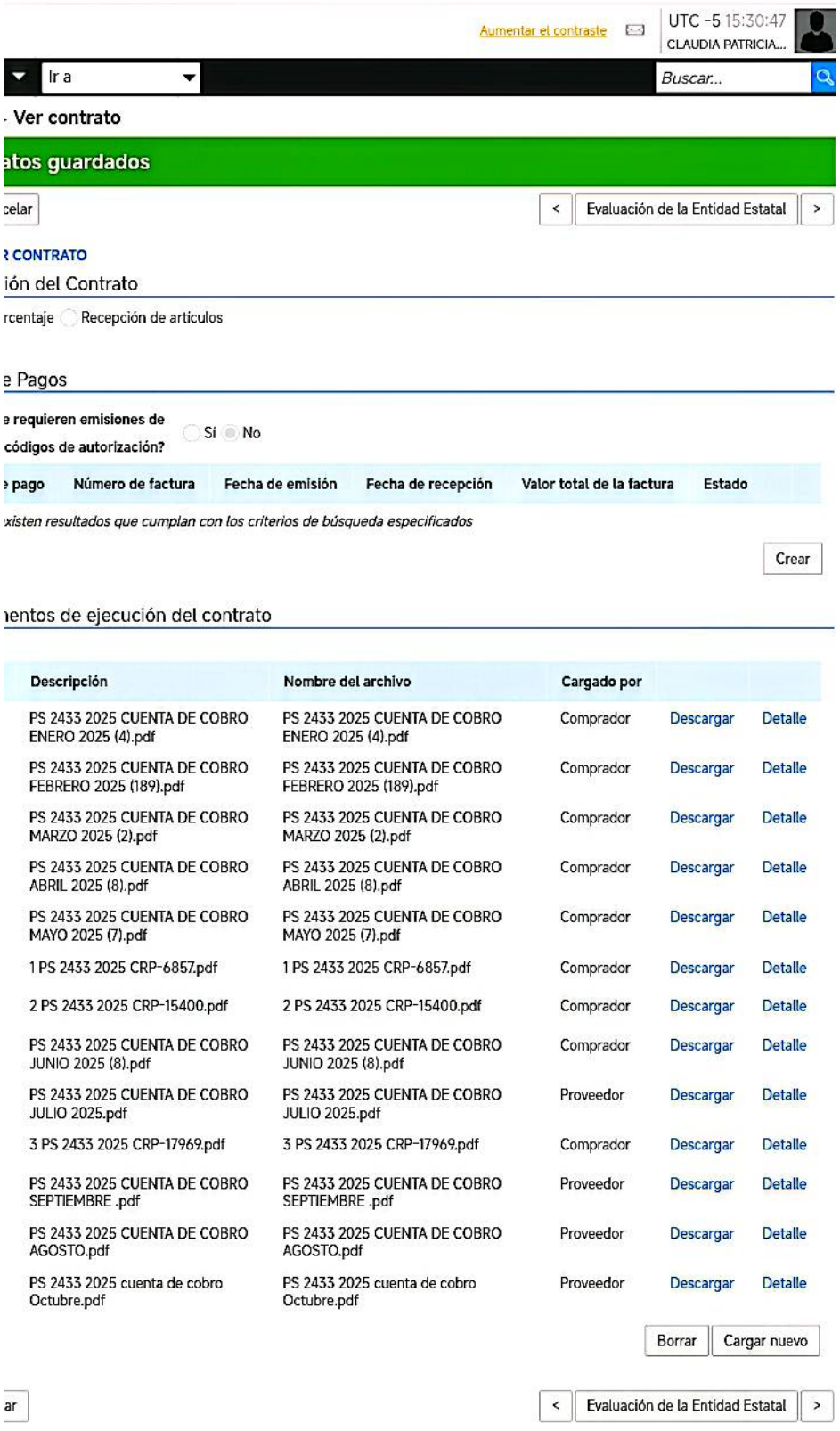
1.- Que desarrollé las actividades descritas en el informe anexo, dentro del período de cobro.
2.- Que realicé el pago de la Seguridad Social donde el ibc se calculo sobre el 40% de los ingresos cancelados del mes anterior pago del cual anexo copia simple, sin que en ningun caso el IBC sea menor a 1 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 PATRICIA RODRIGUEZ PAEZ* *PS_2433_2025_0E6833* **CLAUDIA PATRICIA RODRIGUEZ PAEZ** **CC: 52163226**
FIRMA DE QUIEN VALIDA	*LUZ ANGELA CONTRERAS MORENO* *PS_2433_2025_0E6833* **LUZ ANGELA CONTRERAS MORENO** **SUPERVISOR ALTERNO**
FIRMA DE QUIEN CONVALIDA EL CUMPLIMIENTO DE LAS OBLIGACIONES PARA EL PRESENTE PERIODO DE PAGO	*NATALY DUQUE SALAZAR* *PS_2433_2025_0E6833* **NATALY DUQUE SALAZAR** **SUPERVISOR DEL CONTRATO**



3:30 ···

secop.gov.co/(

Aumentar el contraste

UTC -5 15:30:47
CLAUDIA PATRICIA...

Ir a

Buscar...

Ver contrato

atos guardados

celar

< Evaluación de la Entidad Estatal >

R CONTRATO

ión del Contrato

rcentaje Recepción de artículos

e Pagos

e requieren emisiones de códigos de autorización? Si No

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

xisten resultados que cumplan con los criterios de búsqueda especificados

Crear

ientos de ejecución del contrato

Descripción	Nombre del archivo	Cargado por		
PS 2433 2025 CUENTA DE COBRO ENERO 2025 (4).pdf	PS 2433 2025 CUENTA DE COBRO ENERO 2025 (4).pdf	Comprador	Descargar	Detalle
PS 2433 2025 CUENTA DE COBRO FEBRERO 2025 (189).pdf	PS 2433 2025 CUENTA DE COBRO FEBRERO 2025 (189).pdf	Comprador	Descargar	Detalle
PS 2433 2025 CUENTA DE COBRO MARZO 2025 (2).pdf	PS 2433 2025 CUENTA DE COBRO MARZO 2025 (2).pdf	Comprador	Descargar	Detalle
PS 2433 2025 CUENTA DE COBRO ABRIL 2025 (8).pdf	PS 2433 2025 CUENTA DE COBRO ABRIL 2025 (8).pdf	Comprador	Descargar	Detalle
PS 2433 2025 CUENTA DE COBRO MAYO 2025 (7).pdf	PS 2433 2025 CUENTA DE COBRO MAYO 2025 (7).pdf	Comprador	Descargar	Detalle
1 PS 2433 2025 CRP-6857.pdf	1 PS 2433 2025 CRP-6857.pdf	Comprador	Descargar	Detalle
2 PS 2433 2025 CRP-15400.pdf	2 PS 2433 2025 CRP-15400.pdf	Comprador	Descargar	Detalle
PS 2433 2025 CUENTA DE COBRO JUNIO 2025 (8).pdf	PS 2433 2025 CUENTA DE COBRO JUNIO 2025 (8).pdf	Comprador	Descargar	Detalle
PS 2433 2025 CUENTA DE COBRO JULIO 2025.pdf	PS 2433 2025 CUENTA DE COBRO JULIO 2025.pdf	Proveedor	Descargar	Detalle
3 PS 2433 2025 CRP-17969.pdf	3 PS 2433 2025 CRP-17969.pdf	Comprador	Descargar	Detalle
PS 2433 2025 CUENTA DE COBRO SEPTIEMBRE .pdf	PS 2433 2025 CUENTA DE COBRO SEPTIEMBRE .pdf	Proveedor	Descargar	Detalle
PS 2433 2025 CUENTA DE COBRO AGOSTO.pdf	PS 2433 2025 CUENTA DE COBRO AGOSTO.pdf	Proveedor	Descargar	Detalle
PS 2433 2025 cuenta de cobro Octubre.pdf	PS 2433 2025 cuenta de cobro Octubre.pdf	Proveedor	Descargar	Detalle

Borrar Cargar nuevo

ar

< Evaluación de la Entidad Estatal >

Powered by CamScanner

PAGOSIMPLE | AUTOLIQUIDACION CONSOLIDADA

Fecha creación reporte: 2025-10-01, 02:17:10 PM **Tipo Planilla:** I: PLANILLA INDEPENDIENTES **Numéro Planilla:** 1075712531

Periodo Cotización: octubre de 2025 **Periodo Servicio:** octubre de 2025 **Referencia pago (PIN):** 8823039076

PAGADO 01/10/2025

I. DATOS DEL APORTANTE

Razón Social	CLAUDIA PATRICIA RODRIGUEZ PAEZ		
Documento	CC52163226	**Dirección**	CLL 53B SUR # 5C-42 E
Tipo de Empresa	INDEPENDIENTE	**Teléfono**	3102962834
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	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 52163226	CLAUDIA PATRICIA RODRIGUEZ PAEZ	59	00																	0	30	30	30	0	(25-14) COLPENSIONES	$ 1.423.500	$ 227.800	(EPS005) EPS SANITAS	$ 1.423.500	$ 178.000	2,436	$ 1.423.500	$ 34.700	(NIN-CC) NINGUNA CCF	$ 0	$ 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

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.