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: (31-12-2025)					
NOMBRES Y APELLIDOS:	**GINNA ANDREA RODRIGUEZ TELLEZ**			**CC:**	**52704052**
CORREO ELECTRÓNICO:	**GINACSIVEGAS@YAHOO.ES**			**TELÉFONO:**	**3005091962**
DIRECCIÓN DOMICILIO:	**KR 68 H 39 A 15**			**CIUDAD:**	**BOGOTA**
BANCO AL CUAL CONSIGNAR:	**BANCO DAVIVIENDA S.A.**	**TIPO DE CUENTA:**	**AHORROS**	**N° CUENTA:**	**000570089433**
DATOS DEL CONTRATO O ADICION Y PERIODO OBJETO DE PAGO					
Nº DEL CONTRATO:	**PS 2021 2025**	**VALOR CORRESPONDIENTE AL PERIODO OBJETO DE COBRO**			**$ 2.003.400**
FECHA DE INICIO CONTRATO	**2025/01/02**	**FECHA DE TERMINACIÓN CONTRATO:**			**2026/01/15**
PERIODO OBJETO DE COBRO:	**DEL 2025/12/01 AL 2025/12/31**				

GINNA ANDREA RODRIGUEZ TELLEZ
PS_2021_2025_198205

NOMBRE Y FIRMA DEL CONTRATISTA:
GINNA ANDREA RODRIGUEZ TELLEZ
CC: 52704052
CEL: 3005091962

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			
GINNA ANDREA RODRIGUEZ TELLEZ			
	CON C.C N°	**52.704.052**	
OBJETO DEL CONTRATO:	PRESTAR SERVICIOS TECNICOS COMO AUXILIAR DE ENFERMERIA II (AMBULANCIA) PARA DESARROLLAR ACTIVIDADES EN LA DIRECCION DE URGENCIAS DE LA SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E.		
CONTRATO DE PRESTACION DE SERVICIOS PROFESIONALES No.	**PS 2021 2025**	**FECHA INICIO CONTRATO**	**2025/01/02**
VALOR INICIAL DEL CONTRATO	$ 10.684.800	**No. HORAS EJECUTADAS**	**180**
VALOR TOTAL DEL CONTRATO INCLUIDO ADICIONES:	$ 24.441.480	**VALOR DE HONORARIOS PERÍODO A CERTIFICAR:**	$ 2.003.400
PLAZO DEL CONTRATO INCLUYENDO PRORROGAS	TRECE (13) MESES		
UNIDAD FUNCIONAL DE EJECUCIÓN DE ACTIVIDADES:	HOSPITAL SAN BLAS		
NOMBRE DEL SUPERVISOR:	JOHON JAIRO RODRIGUEZ APONTE		

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	.Recibí y entregue turno de acuerdo a los protocolos de la entidad
2	.Controlé los signos vitales de cada uno de los pacientes trasladados con la periodicidad requerida según condición clínica informando al medico y enfermera las alteraciones encontradas y registrándolos en la historia clínica del traslado.
3	.Orienté a los familiares de los pacientes para exámenes diagnostico de acuerdo con los protocolos de manejo y tecnología requerida, según normas establecidas para cada procedimiento
4	.Realicé actividades propias del cuidado de enfermería previniendo acciones inseguras en la prestación de servicios de salud
5	.Notifiqué inmediatamente las acciones inseguras ocurridos a sus pacientes al medico de turno, jefe inmediato y en el aplicativo dispuesto para ello.
6	.Informé al profesional de enfermería o al medico tratante, sobre los cambios del estado clínico de los pacientes en forma oportuna y adecuada.
7	.Realicé la lista de chequeo, verificando cumplimiento de requerimiento de los pacientes que van a ser trasladados
8	.Realicé los registros clínicos en forma oportuna, diligenciando todas las casillas correctamente, entregando el soporte en un termino no mayor a 24 horas en el área correspondiente.
9	.Cumplí las normas institucionales de bioseguridad, vigilancia epidemiológica, gestión ambiental, salud ocupacional y demás políticas institucionales
10	.No cumpli con los inventarios, conservación y uso adecuado de los equipos, elementos e insumos, al igual que el cuidado de la camilla de la móvil
11	.No realicè el inventario en el tiempo establecido y diligenciamiento del formato mi-ur-ft-032 ambulancia básica y mi-ur-ft-033 ambulancia medicalizada, los 7 primeros días de cada mes
12	Cumplí con los procesos, procedimientos, guías y demás normas definidas por la entidad.
13	.Realicé la desinfección y registre en los formatos institucionales, aseo rutinario por turno y fines de semana desinfección terminal
14	.No solicité en farmacia los insumos utilizados por el paciente durante el traslado.
15	.Recibí y entregue el paciente al profesional de enfermería del servicio correspondiente de acuerdo a la unidad de origen y de destino.
16	.Utilicé un vestuario acorde a mis actividades contractuales como uniforme
17	.Ofrecí trato con calidez y calidad al paciente y la familia, dando una atención humanizada.
18	.Informé al paciente y a la familia sobre los cuidados específicos de acuerdo a la situación clínica del paciente.
19	.Mantuve en reserva de la historia clínica de los pacientes
20	.Realicé las actividades propias de la profesión de conformidad con las normas y reglamentos de acuerdo al objeto contractual y las necesidades del servicio.
21	.Notifiqué el inicio y culminación de actividades al proceso de referencia y al equipo de traslado de la central de referencia por los medios de comunicación establecidos
22	.Recibí y entregue las novedades y el vehículo asignado para cumplir las obligaciones contractuales
23	.Conocí y cumplí con la política de seguridad del paciente, reporte los evento adversos e incidentes y acciones de mejora
24	.Utilicé el teléfono institucional para tramites de despacho y dando un buen uso.
25	.Cumplí con las recomendaciones de la arl en las actividad contractuales que lo clasifique como riesgo 4 o 5.
26	.Asistí y participe en las capacitaciones, socializaciones, que se programaron desde la entidad
27	.Realicé las actividades delegadas por e supervisor del contrato

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 (2025-12-01) AL (2025-12-31)

IV. INFORMACIÓN DE APORTES A SEGURIDAD SOCIAL

No. DE PLANILLA:	N° 9495329339	OPERADOR:	APORTES EN LINEA

CONCEPTO DEL PAGO	ENTIDAD	FECHA DE PAGO	VALOR PAGADO
SALUD:	SALUD TOTAL	2025/12/11	$ 178.000
PENSIÓN:	COLPENSIONES	2025/12/11	$ 227.800
RIESGOS LABORALES:	SURA	2025/12/11	$ 0
OTRO			
TOTAL PAGADO			$ 405.800

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	*GINNA ANDREA RODRIGUEZ TELLEZ* *PS_2021_2025_198205* **GINNA ANDREA RODRIGUEZ TELLEZ** **CC: 52704052**
FIRMA DE QUIEN CONVALIDA EL CUMPLIMIENTO DE LAS OBLIGACIONES PARA EL PRESENTE PERIODO DE PAGO	*JOHON JAIRO RODRIGUEZ APONTE* *PS_2021_2025_198205* **JOHON JAIRO RODRIGUEZ APONTE** **SUPERVISOR DEL CONTRATO**

aportes en línea

Resumen General de Pago

DATOS GENERALES DEL APORTANTE

Identificación	dv	Razon Social	Clase Aportante	Sucursal Principal	Direccion	Ciudad-Departamento	Teléfono	Exonerado SENA e ICBF
CC 52704052		RODRIGUEZ TELLEZ GINNA ANDREA	INDEPENDIENTE	PRINCIPAL	TV 78A#40-63 S	BOGOTA-BOGOTA D.E.	0000000	No

DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION

Periodo		Clave		Tipo	Fecha		Pago		
Pensión	Salud	Pago	Planilla	Planilla	Limite	Pago	Banco	Dias Mora	Valor
2025-11	2025-11	1998986458	9495329339	I	2025/12/12	2025/12/11	BANCO DAVIVIENDA	0	$434,300

LIQUIDACION DETALLADA DE APORTES

EMPLEADO					PENSION		SALUD				CCF				RIESGOS				PARAFISCALES			
No.	Identificación	Nombres	Codigo	Días	IBC	Aporte	Codigo	Días	IBC	Aporte	Codigo	Días	IBC	Aporte	Codigo	Días	IBC	Aporte	Días	IBC	Aporte	
Sucursal: PRINCIPAL (1 Afiliados)					$1,423,500	$227,800			$1,423,500	$178,000			$1,423,500	$28,500			$0	$0		$0	$0	
Centro de Trabajo: PRINCIPAL (1 Afiliados)					$1,423,500	$227,800			$1,423,500	$178,000			$1,423,500	$28,500			$0	$0		$0	$0	
Ciudad: BOGOTA Depto: BOGOTA D.E. (1 Afiliados)					$1,423,500	$227,800			$1,423,500	$178,000			$1,423,500	$28,500			$0	$0		$0	$0	
1	CC	52704052	RODRIGUEZ GINNA	25-14	30	$1,423,500	$227,800	EPS002	30	$1,423,500	$178,000	CCF22	30	$1,423,500	$28,500		0	$0	$0	30	$0	$0
Total		**Afiliados(1)**				$1,423,500	$227,800			$1,423,500	$178,000			$1,423,500	$28,500			$0	$0		$0	$0

aportes en línea

Resumen General de Pago

DATOS GENERALES DEL APORTANTE

Identificación	dv	Razon Social	Clase Aportante	Sucursal Principal	Direccion	Ciudad-Departamento	Teléfono	Exonerado SENA e ICBF
CC 52704052		RODRIGUEZ TELLEZ GINNA ANDREA	INDEPENDIENTE	PRINCIPAL	TV 78A#40-63 S	BOGOTA-BOGOTA D.E.	0000000	No

DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION

Periodo		Clave		Tipo	Fecha		Pago		
Pensión	Salud	Pago	Planilla	Planilla	Limite	Pago	Banco	Dias Mora	Valor
2025-11	2025-11	1998986458	9495329339	I	2025/12/12	2025/12/11	BANCO DAVIVIENDA	0	$434,300

RESUMEN DE PAGO

RIESGO	CODIGO	NIT	DV	AFILIADOS	VALOR LIQUIDADO	INTERESES MORA	SALDOS E INCAPACIDADES	VALOR A PAGAR
AFP (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$227,800	$0	$0	$227,800
COLPENSIONES	25-14	900,336,004	7	1	$227,800	$0	$0	$227,800
CCF (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$28,500	$0	$0	$28,500
COLSUBSIDIO	CCF22	860,007,336	1	1	$28,500	$0	$0	$28,500
EPS (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$178,000	$0	$0	$178,000
SALUD TOTAL	EPS002	800,130,907	4	1	$178,000	$0	$0	$178,000
TOTAL				1	$434,300	$0	$0	$434,300

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

Datos guardados

Cancelar < Evaluación de la Entidad Estatal >

VER CONTRATO

Ejecución del Contrato

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 2021 2025 CUENTA DE COBRO ENERO 2025.pdf	PS 2021 2025 CUENTA DE COBRO ENERO 2025.pdf	Comprador	Descargar	Detalle
☐	PS 2021 2025 CTA COBRO FEBRERO 2025.pdf	PS 2021 2025 CTA COBRO FEBRERO 2025.pdf	Comprador	Descargar	Detalle
☐	PS 2021 2025 CUENTA DE COBRO MARZO 2025.pdf	PS 2021 2025 CUENTA DE COBRO MARZO 2025.pdf	Comprador	Descargar	Detalle
☐	NC11 URGENCIAS CAMBIO SUPERVISOR 27-03-2025.zip	NC11 URGENCIAS CAMBIO SUPERVISOR 27-03-2025.zip	Comprador	Descargar	Detalle
☐	PS 2021 2025 COMUNICACIÓN SUPERVISOR 27-03-2025.pdf	PS 2021 2025 COMUNICACIÓN SUPERVISOR 27-03-2025.pdf	Comprador	Descargar	Detalle
☐	PS 2021 2025 CTA DE COBRO ABRIL 2025.pdf	PS 2021 2025 CTA DE COBRO ABRIL 2025.pdf	Comprador	Descargar	Detalle
☐	PS 2021 2025 CUENTA DE COBRO MAYO 2025.pdf	PS 2021 2025 CUENTA DE COBRO MAYO 2025.pdf	Comprador	Descargar	Detalle
☐	1 PS 2021 2025 CRP-6587.pdf	1 PS 2021 2025 CRP-6587.pdf	Comprador	Descargar	Detalle
☐	2 PS 2021 2025 CRP-15062.pdf	2 PS 2021 2025 CRP-15062.pdf	Comprador	Descargar	Detalle
☐	PS 2021 2025 CUENTA DE COBRO JUNIO 2025.pdf	PS 2021 2025 CUENTA DE COBRO JUNIO 2025.pdf	Comprador	Descargar	Detalle
☐	COMUNICACION SUPERVISOR PS 2021 2025 16-07-2025.pdf	COMUNICACION SUPERVISOR PS 2021 2025 16-07-2025.pdf	Comprador	Descargar	Detalle
☐	ps 2021 2025 cuenta de cobro julio 2025.pdf	ps 2021 2025 cuenta de cobro julio 2025.pdf	Proveedor	Descargar	Detalle
☐	Ps 2021 2025 cuenta de cobro agosto. Pdf	ilovepdf_merged (2).pdf	Proveedor	Descargar	Detalle
☐	3 PS 2021 2025 CRP-19183.pdf	3 PS 2021 2025 CRP-19183.pdf	Comprador	Descargar	Detalle
	Ps 2021 cuenta de cobro septiembre 2025 pdf (Archivado)	DOC-20250914-WA0026..pdf	Proveedor	Descargar	Detalle
☐	ps 2021 2025 cuenta de cobro octubre .pdf	ps 2021 2025 cuenta de cobro octubre .pdf	Proveedor	Descargar	Detalle
☐	CUENTA DE COBRO PS 2021 2025 SEPTIEMBRE 2025.pdf	CUENTA DE COBRO PS 2021 2025 SEPTIEMBRE 2025.pdf	Proveedor	Descargar	Detalle
☐	PS 2021 2025 CUENTA DE COBRO NOVIEMBRE 2025.pdf	PS 2021 2025 CUENTA DE COBRO NOVIEMBRE 2025.pdf	Proveedor	Descargar	Detalle

Borrar Cargar nuevo

Cancelar < Evaluación de la Entidad Estatal >