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:	**YENIFER ALEXANDRA GOMEZ FERNANDEZ**			**CC:**	**1023882242**
CORREO ELECTRÓNICO:	**ALEXAGOMEZ2101614@HOTMAIL.COM**			**TELÉFONO:**	**1111111111**
DIRECCIÓN DOMICILIO:	**CL 40 ESTE SUR 3C 40 ESTE**			**CIUDAD:**	**BOGOTA**
BANCO AL CUAL CONSIGNAR:	**BANCOLOMBIA**	**TIPO DE CUENTA:**	**AHORROS**	**N° CUENTA:**	**23310832715**
DATOS DEL CONTRATO O ADICION Y PERIODO OBJETO DE PAGO					
Nº DEL CONTRATO:	**PS 2853 2025**	**VALOR CORRESPONDIENTE AL PERIODO OBJETO DE COBRO**			**$ 3.005.100**
FECHA DE INICIO CONTRATO	**2025/01/01**	**FECHA DE TERMINACIÓN CONTRATO:**			**2026/01/15**
PERIODO OBJETO DE COBRO:	**DEL 2025/12/01 AL 2025/12/31**				

YENIFER ALEXANDRA GOMEZ FERNANDEZ
PS_2853_2025_B7898D

NOMBRE Y FIRMA DEL CONTRATISTA:
YENIFER ALEXANDRA GOMEZ FERNANDEZ
CC: 1023882242
CEL: 1111111111

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			
YENIFER ALEXANDRA GOMEZ FERNANDEZ			
	CON C.C N°	**1.023.882.242**	
OBJETO DEL CONTRATO:	PRESTAR SERVICIO TECNICO COMO AUXILIAR DE ENFERMERIA II PARA DESARROLLAR ACTIVIDADES EN LA DIRECCION DE SERVICIOS COMPLEMENTARIOS DE LA SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E.		
CONTRATO DE PRESTACION DE SERVICIOS PROFESIONALES No.	**PS 2853 2025**	**FECHA INICIO CONTRATO**	**2025/01/01**
VALOR INICIAL DEL CONTRATO	$ 8.547.840	**No. HORAS EJECUTADAS**	**270**
VALOR TOTAL DEL CONTRATO INCLUIDO ADICIONES:	$ 28.782.180	**VALOR DE HONORARIOS PERÍODO A CERTIFICAR:**	$ 3.005.100
PLAZO DEL CONTRATO INCLUYENDO PRORROGAS	TRECE (13) MESES		
UNIDAD FUNCIONAL DE EJECUCIÓN DE ACTIVIDADES:	HOSPITAL SAN BLAS		
NOMBRE DEL SUPERVISOR:	MARIANO ALEJANDRO DE JESUS ORTEGA LONDOÑO		

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	Realizo la organización, aseo y desinfección del área, así como la preparación de los elementos necesarios para llevar a cabo mis funciones, registrando la información en los formatos y libros correspondientes
2	Actúo conforme a la normatividad vigente respecto a mi desempeño y permanencia en el área asignada, diligenciando los formatos de distribución de fórmulas lácteas.
3	lácteas y enterales de acuerdo con la dosificación, prescripción dietaria y distribución, conservando su calidad microbiológica y nutricional
4	Garantizo la adecuada conservación y entrega de la leche materna destinada a los servicios de neonatología, utilizando listas de verificación
5	Registro adecuadamente en los formatos respectivos las condiciones de humedad y temperatura en el área
6	Participo de forma periódica en actividades de capacitación para el fortalecimiento del conocimiento sobre el Código Internacional de Lactancia Materna
7	Cumplo con la limpieza, desinfección y esterilización del material necesario para la preparación y administración de fórmulas lácteas y enterales, dejando constancia en los formatos de entrega y recibo del lactario
8	Asisto a las reuniones y capacitaciones convocadas por la supervisión, registrando mi participación en las actas correspondientes
9	Informo oportunamente a la supervisión acerca de cualquier novedad relacionada con equipos, materiales o insumos en el área de trabajo, tanto de manera verbal como por escrito en los registros respectivos
10	Ejecuto las tareas propias de mi cargo en concordancia con las normas y reglamentos vigentes, garantizando el cumplimiento del objeto contractual y las necesidades del servicio
11	Cumplo con la programación de la agenda o concertación del cronograma en el desarrollo de actividades, según lo establecido en los formatos de necesidad de personal
12	Desempeñé mis funciones en las diferentes unidades de la Subred Centro Oriente E.S.E., conforme a la asignación establecida por mi supervisor

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° 91762571	OPERADOR:	MI PLANILLA
CONCEPTO DEL PAGO	ENTIDAD	FECHA DE PAGO	VALOR PAGADO
SALUD:	COMPENSAR	2025/12/10	$ 178.000
PENSIÓN:	COLPENSIONES	2025/12/10	$ 227.800
RIESGOS LABORALES:	SURA	2025/12/10	$ 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	*YENIFER ALEXANDRA GOMEZ FERNANDEZ* *PS_2853_2025_B7898D* **YENIFER ALEXANDRA GOMEZ FERNANDEZ** **CC: 1023882242**
FIRMA DE QUIEN VALIDA	*FRANK STEPHAN VANEGAS CARVAJAL* *PS_2853_2025_B7898D* **FRANK STEPHAN VANEGAS CARVAJAL** **SUPERVISOR ALTERNO**
FIRMA DE QUIEN CONVALIDA EL CUMPLIMIENTO DE LAS OBLIGACIONES PARA EL PRESENTE PERIODO DE PAGO	*MARIANO ALEJANDRO DE JESUS ORTEGA LONDOÑO* *PS_2853_2025_B7898D* **MARIANO ALEJANDRO DE JESUS ORTEGA LONDOÑO** **SUPERVISOR DEL CONTRATO**