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:	**INGRID GECELL SUAREZ MUÑOZ**			**CC:**	**52902081**
CORREO ELECTRÓNICO:	**GECELL82@GMAIL.COM**			**TELÉFONO:**	**3112896325**
DIRECCIÓN DOMICILIO:	**KR 13A 30 61 sur**			**CIUDAD:**	**BOGOTA**
BANCO AL CUAL CONSIGNAR:	**BANCO DAVIVIENDA S.A.**	**TIPO DE CUENTA:**	**AHORROS**	**N° CUENTA:**	**008400792506**
DATOS DEL CONTRATO O ADICION Y PERIODO OBJETO DE PAGO					
Nº DEL CONTRATO:	**PS 2486 2025**	**VALOR CORRESPONDIENTE AL PERIODO OBJETO DE COBRO**			**$ 4.329.464**
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**				

INGRID GECELL SUAREZ MUÑOZ
PS_2486_2025_3047E8

NOMBRE Y FIRMA DEL CONTRATISTA:
INGRID GECELL SUAREZ MUÑOZ
CC: 52902081
CEL: 3112896325

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			
INGRID GECELL SUAREZ MUÑOZ			
CON C.C N°	**52.902.081**		
OBJETO DEL CONTRATO:	PRESTAR SERVICIOS PROFESIONALES COMO ENFERMERO (A) 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 2486 2025**	**FECHA INICIO CONTRATO**	**2025/01/01**
VALOR INICIAL DEL CONTRATO	$ 17.971.360	**No. HORAS EJECUTADAS**	**212**
VALOR TOTAL DEL CONTRATO INCLUIDO ADICIONES:	$ 58.897.048	**VALOR DE HONORARIOS PERÍODO A CERTIFICAR:**	$ 4.329.464
PLAZO DEL CONTRATO INCLUYENDO PRORROGAS	TRECE (13) MESES		
UNIDAD FUNCIONAL DE EJECUCIÓN DE ACTIVIDADES:	CENTRO DE SALUD DIANA TURBAY		
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 realizó recibo y entrega de turno de acuerdo con el protocolo institucional. 2. Se realizó el plan de cuidado diario de enfermería de acuerdo al diagnóstico y necesidades Identificadas. 3.Se Realizó verificación de las medidas preventivas de eventos adversos e identificando riesgos, garantizando la seguridad del paciente y reportando los eventos adversos que se presenten. 4.Se verificó, administró y registró los medicamentos formulados oportunamente, de acuerdo a los protocolos establecidos. se informó al médico tratante y coordinadores la no existencia de medicamentos para hacer ajustes a los tratamientos. 5. Se cumplió con la supervisión de las actividades del personal a cargo, verificando que se realicen los procedimientos y los registros de enfermería. 6. Se Realizó la actualización del kardex y tarjetas de medicamentos de acuerdo con las normas establecidas en forma escrita y cada vez que se requiera el cambio del tratamiento del paciente. 7.Se controlaron los suministros y existencias de insumos y medicamentos de los pacientes del servicio. 8. Se Realizaron las devoluciones al servicio de farmacia de los medicamentos e insumos por paciente antes del egreso y diariamente cuando así lo amerita. 9.Participe en forma activa en la revista médica diaria dando aportes según sea el caso. 10. Se Realizó la asignación de paciente a cada auxiliar de acuerdo al número de pacientes, complejidad y de acuerdo a las necesidades del servicio, dejando el registro en el libro de recibo y entrega de turno. 11. Se respondió por los inventarios, conservación y uso adecuado de los equipos, elementos e insumos entregados en el servicio. 12.Se Realizó la asignación oportuna de camas y registro oportuno en el aplicativo Dinámica Gerencial para todos los pacientes a cargo y realizando los traslados necesarios para tal fin de forma oportuna, colaborando con el giro de cama. 13.Se tramitaron de forma oportuna exámenes de laboratorio y especiales, radiología, interconsultas, remisiones y traslados que requieran los pacientes a cargo. 14.Se dio cumplimiento a la Resolución 1995 de 1999 y al manual de manejo de historia clínica de la Subred. 15. Se dio cumplimiento con lo establecido en las normas y protocolos de la institución en cuanto al uso del uniforme y elementos de protección dentro de las áreas asignadas. 16. Se realiza verificación de carro paro, según protocolo institucional. 17.Se cumple con portar el carnet institucional de la Subred durante la ejecución de actividades contractuales. 18.Se realizó verificación y supervisión de manual limpieza y desinfección con el personal a cargo y su respectivo registro. 19. Se cumplió con las actividades propias de la profesión de conformidad con las normas y/o reglamentos de acuerdo al objeto contractual y las necesidades del servicio, acorde a las guías y protocolos institucionales en el proceso de atención de enfermería. 20.Se ejecutan los procedimientos y cuidados a los pacientes que requieren manejo de heridas. 21. Se Realizó la programación de las actividades del servicio tanto para la atención de los pacientes hospitalizados como los pacientes ambulatorios. 22. Se participó activamente en las actividades relacionadas con el proceso de acreditación y habilitación de la Subred Integrada de Servicios de Salud Centro oriente E.S.E. 23. Se gestionó el apoyo técnico multidisciplinario con otras áreas y/o servicios cuando la atención del paciente así lo amerite. 24. Se participó en la elaboración de protocolos, manuales y guías del servicio cuando se requirió. 25. Se Realizaron los registros en DHG historia clínica de Enfermería y de forma física en caso de contingencia, de forma oportuna, completa y con criterios de calidad.

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° 9496291247 9496678093	OPERADOR:	APORTES EN LINEA

CONCEPTO DEL PAGO	ENTIDAD	FECHA DE PAGO	VALOR PAGADO
SALUD:	SURA	2025/12/11	$ 189.100
PENSIÓN:	PORVENIR	2025/12/11	$ 242.100
RIESGOS LABORALES:	SURA	2025/12/11	$ 37.000
OTRO			
TOTAL PAGADO			$ 468.200

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	*INGRID GECELL SUAREZ MUÑOZ* *PS_2486_2025_3047E8* **INGRID GECELL SUAREZ MUÑOZ** **CC: 52902081**
FIRMA DE QUIEN VALIDA	*LORENA MERCEDES PARRA VARGAS* *PS_2486_2025_3047E8* **LORENA MERCEDES PARRA VARGAS** **SUPERVISOR ALTERNO**
FIRMA DE QUIEN CONVALIDA EL CUMPLIMIENTO DE LAS OBLIGACIONES PARA EL PRESENTE PERIODO DE PAGO	*NATALY DUQUE SALAZAR* *PS_2486_2025_3047E8* **NATALY DUQUE SALAZAR** **SUPERVISOR DEL CONTRATO**

Comprobante de Liquidación

Datos Generales Del Aportante

Identificación	dv	Razon Social	Clase Aportante	Sucursal Principal	Correo Electrónico	Ciudad-Departamento	Celular
CC 52902081		SUAREZ MUÑOZ INGRID GECELL	INDEPENDIENTE	PRINCIPAL	gecell82@gmail.com	BOGOTA-BOGOTA D.E.	3112896325

Clave: 9496678093

Pague hasta	Dias de Mora	Valor Mora	Total a Pagar
2025/12/19	1	$300	$3,100
2025/12/22	4	$300	$3,100
2025/12/23	5	$300	$3,100
2025/12/24	6	$300	$3,100
2025/12/26	8	$300	$3,100
2025/12/29	11	$300	$3,100
2025/12/30	12	$300	$3,100

Periodo Pensión: 2025-11 **Periodo Salud: 2025-11**

Riesgo	Administradoras	Afiliados	Total a Pagar
AFP	1	1	$1,600
PORVENIR		1	$1,600
ARL	1	1	$300
ARL SURA		1	$300
EPS	1	1	$1,200
EPS SURA (ANTES SUSALUD)		1	$1,200
SUBTOTAL			$3,100
TOTAL			$3,100

Canales de Pago

BANCARIOS

Banco AV Villas, Banco de Occidente, Banco de Bogotá

NO BANCARIOS

Efecty, éxito, SURTIMAX, Carulla

Cajas registradoras de los almacenes
Monto máximo por transacción $9.999.999

aportes en línea

Planilla Resumen

DATOS GENERALES DEL APORTANTE

Identificación	dv	Razon Social	Clase Aportante	Sucursal Principal	Direccion	Ciudad-Departamento	Teléfono	Exonerado SENA e ICBF
CC 52902081		SUAREZ MUÑOZ INGRID GECELL	INDEPENDIENTE	PRINCIPAL	Crra 13a 30-61 sur	BOGOTA-BOGOTA D.E.	6594245	No

LIQUIDACION DETALLADA DE APORTES

EMPLEADO				NOVEDADES																	PENSION		SALUD		CCF		RIESGOS			PARAFISCALES	
No.	Identificación		Nombre	ing	ret	tde	tae	tdp	tap	vsp	cor	vst	sln	ige	lma	vac	avp	vct	irl	vip	Codigo	Días	Codigo	Dias	Codigo	Días	Codigo	Días	Tarifa	Dias	Exonerado SENA e ICBF
SUCURSAL: PRINCIPAL (1 Afiliados)																															
Centro de Trabajo: PRINCIPAL (1 Afiliados)																															
Ciudad: BOGOTA Depto: BOGOTA D.E. (1 Afiliados)																															
1	CC	52902081	SUAREZ INGRID								A	X		▫	▫						230301	30	EPS010	30		0	14-11	30	2.436%	0	No
2	CC	52902081	SUAREZ INGRID								C	X									230301	30	EPS010	30		0	14-11	30	2.436%	0	No
Total			**Afiliados(1)**																												

aportes en línea

Planilla Resumen

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		9496678093	N	2025/12/18			1	

RESUMEN DE PAGO

RIESGO	CODIGO	NIT	DV	AFILIADOS	VALOR LIQUIDADO	INTERESES MORA	SALDOS E INCAPACIDADES	VALOR A PAGAR
AFP (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$1,500	$100	$0	$1,600
PORVENIR	230301	800,224,808	8	1	$1,500	$100	$0	$1,600
ARL (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$200	$100	$0	$300
ARL SURA	14-11	890,903,790	5	1	$200	$100	$0	$300
EPS (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$1,100	$100	$0	$1,200
EPS SURA (ANTES SUSALUD)	EPS010	800,088,702	2	1	$1,100	$100	$0	$1,200
TOTAL				**1**	**$2,800**	**$300**	**$0**	**$3,100**

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 52902081		SUAREZ MUÑOZ INGRID GECELL	INDEPENDIENTE	PRINCIPAL	Crra 13a 30-61 sur	BOGOTA-BOGOTA D.E.	6594245	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	2023278875	9496678093	N	2025/12/18	2025/12/22	BANCO DAVIVIENDA	1	$3,100

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)					$9,000	$1,500			$9,000	$1,100			$0	$0			$9,000	$200		$0	$0
Centro de Trabajo: PRINCIPAL (1 Afiliados)					$9,000	$1,500			$9,000	$1,100			$0	$0			$9,000	$200		$0	$0
Ciudad: BOGOTA Depto: BOGOTA D.E. (1 Afiliados)					$9,000	$1,500			$9,000	$1,100			$0	$0			$9,000	$200		$0	$0
1	CC	52902081	SUAREZ INGRID	230301	30	($1,495,000)	($239,200)	EPS010	30	($1,495,000)	($186,900)		0	$0	$0	14-11	30	($1,495,000)	($36,500)	0	$0	$0
2	CC	52902081	SUAREZ INGRID	230301	30	$1,504,000	$240,700	EPS010	30	$1,504,000	$188,000		0	$0	$0	14-11	30	$1,504,000	$36,700	0	$0	$0
Total		**Afiliados(1)**				$9,000	$1,500			$9,000	$1,100			$0	$0			$9,000	$200		$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 52902081		SUAREZ MUÑOZ INGRID GECELL	INDEPENDIENTE	PRINCIPAL	Crra 13a 30-61 sur	BOGOTA-BOGOTA D.E.	6594245	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	2023278875	9496678093	N	2025/12/18	2025/12/22	BANCO DAVIVIENDA	1	$3,100

RESUMEN DE PAGO

RIESGO	CODIGO	NIT	DV	AFILIADOS	VALOR LIQUIDADO	INTERESES MORA	SALDOS E INCAPACIDADES	VALOR A PAGAR
AFP (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$1,500	$100	$0	$1,600
PORVENIR	230301	800,224,808	8	1	$1,500	$100	$0	$1,600
ARL (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$200	$100	$0	$300
ARL SURA	14-11	890,903,790	5	1	$200	$100	$0	$300
EPS (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$1,100	$100	$0	$1,200
EPS SURA (ANTES SUSALUD)	EPS010	800,088,702	2	1	$1,100	$100	$0	$1,200
TOTAL				1	$2,800	$300	$0	$3,100

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

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 2486 2025 CUENTA DE COBRO ENERO 2025.pdf	PS 2486 2025 CUENTA DE COBRO ENERO 2025.pdf	Comprador	Descargar	Detalle
☐	PS 2486 2025 CUENTA COBRO FEBRERO 2025.pdf	PS 2486 2025 CUENTA COBRO FEBRERO 2025.pdf	Comprador	Descargar	Detalle
☐	PS 2486 2025 CUENTAS DE COBRO MARZO 2025.pdf	PS 2486 2025 CUENTAS DE COBRO MARZO 2025.pdf	Comprador	Descargar	Detalle
☐	PS 2486 2025 CUENTA DE COBRO ABRIL 2025 (14).pdf	PS 2486 2025 CUENTA DE COBRO ABRIL 2025 (14).pdf	Comprador	Descargar	Detalle
☐	PS 2486 2025 CUENTA DE COBRO MAYO 2025 (16).pdf	PS 2486 2025 CUENTA DE COBRO MAYO 2025 (16).pdf	Comprador	Descargar	Detalle
☐	PS 2486 2025 CUENTAS DE CORO JUNIO 2025 (15).pdf	PS 2486 2025 CUENTAS DE CORO JUNIO 2025 (15).pdf	Comprador	Descargar	Detalle
☐	1 PS 2486 2025 CRP-6886.pdf	1 PS 2486 2025 CRP-6886.pdf	Comprador	Descargar	Detalle
☐	2 PS 2486 2025 CRP-15426.pdf	2 PS 2486 2025 CRP-15426.pdf	Comprador	Descargar	Detalle
☐	PS 2486 2025 CUENTA DE COBRO JULIO 2025.pdf	PS 2486 2025 CUENTA DE COBRO JULIO 2025.pdf	Proveedor	Descargar	Detalle
	PS 2486 2025 CUENTA DE COBRO AGOSTO.pdf (Archivado)	PS 2486 2025 CUENTA DE COBRO AGOSTO.pdf	Proveedor	Descargar	Detalle
☐	PS 2486 2025 CUENTA DE COBRO AGOSTO 2025.pdf	PS 2486 2025 CUENTA DE COBRO AGOSTO 2025.pdf	Proveedor	Descargar	Detalle
☐	PS 2486 2025 CUENTA DE COBRO SEPTIEMBRE 2025.pdf	PS 2486 2025 CUENTA DE COBRO SEPTIEMBRE 2025.pdf	Proveedor	Descargar	Detalle
☐	3 PS 2486 2025 CRP-18017.pdf	3 PS 2486 2025 CRP-18017.pdf	Comprador	Descargar	Detalle
☐	PS 2486 2025 CUENTA DE COBRO OCTUBRE 2025.pdf	PS 2486 2025 CUENTA DE COBRO OCTUBRE 2025.pdf	Proveedor	Descargar	Detalle
☐	PS 2486 2025 CUENTA COBRO NOVIEMBRE.pdf	PS 2486 2025 CUENTA COBRO NOVIEMBRE.pdf	Proveedor	Descargar	Detalle

Borrar Cargar nuevo

Cancelar

< Evaluación de la Entidad Estatal >