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: (31-01-2026)					
NOMBRES Y APELLIDOS:	**INGRID CAROLINA GARZON DE CASTELLANOS**			**CC:**	**52478826**
CORREO ELECTRÓNICO:	**CAROLINAGARZONM@GMAIL.COM**			**TELÉFONO:**	**3104550625**
DIRECCIÓN DOMICILIO:	**CL 50A # 80D 31**			**CIUDAD:**	**BOGOTA**
BANCO AL CUAL CONSIGNAR:	**BANCO DE BOGOTA**	**TIPO DE CUENTA:**	**AHORROS**	**N° CUENTA:**	**102617685**
DATOS DEL CONTRATO O ADICION Y PERIODO OBJETO DE PAGO					
Nº DEL CONTRATO:	**PS 1785 2025**	**VALOR CORRESPONDIENTE AL PERIODO OBJETO DE COBRO**			**$ 6.226.865**
FECHA DE INICIO CONTRATO	**2025/01/01**	**FECHA DE TERMINACIÓN CONTRATO:**			**2026/01/31**
PERIODO OBJETO DE COBRO:	**DEL 2026/01/01 AL 2026/01/31**				

INGRID CAROLINA GARZON DE CASTELLANOS
PS_1785_2025_F5C5A1

NOMBRE Y FIRMA DEL CONTRATISTA:
INGRID CAROLINA GARZON DE CASTELLANOS
CC: 52478826
CEL: 3104550625

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 CAROLINA GARZON DE CASTELLANOS			
	CON C.C N°	**52.478.826**	
OBJETO DEL CONTRATO:	PRESTAR SERVICIOS COMO PROFESIONAL ESPECIALIZADO 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 1785 2025**	**FECHA INICIO CONTRATO**	**2025/01/01**
VALOR INICIAL DEL CONTRATO	$ 18.680.595	**No. HORAS EJECUTADAS**	**0**
VALOR TOTAL DEL CONTRATO INCLUIDO ADICIONES:	$ 87.176.110	**VALOR DE HONORARIOS PERÍODO A CERTIFICAR:**	$ 6.226.865
PLAZO DEL CONTRATO INCLUYENDO PRORROGAS	TRECE (13) MESES		
UNIDAD FUNCIONAL DE EJECUCIÓN DE ACTIVIDADES:	HOSPITAL SANTA CLARA		
NOMBRE DEL SUPERVISOR:	SAUL ARDILA DURAN		

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. Desarrolló las actividades que se generan directa e indirectamente en las unidades de prestación de servicios asignadas de acuerdo con la programación de actividades en el Servicio de Gastroenterología. 2. Coordinó, programó y realizó seguimientos de las actividades realizadas por cada Auxiliar de enfermería de Gastroenterología, en la unidad de funcionamiento. Evidencia en libros de registro de la unidad. 3. Apoyó en la supervisión y seguimiento de contratos celebrados por la Subred, a contratistas de la unidad de Gastroenterología. Evidencia en correo institucional. 4. Verificó el cumplimiento de tramites y gestión de las ordenes de solicitud de procedimientos, desde su autorización hasta su ejecución. Evidencia en programación diaria de procedimientos. 5. Gestionó los requisitos previos de programación, preparación de los pacientes, la facturación y cargos de insumos consumidos en los procedimientos endoscópicos. Evidencia en dinámica web. 6. Verificó de manera directa el proceso de limpieza, desinfección, depósito y cuidado de los equipos endoscópicos bajo el protocolo de trabajo (reprocesamiento de equipos). Evidencia en libros de registro de la unidad. 7. Guió y verificó el cumplimiento del proceso y direccionamiento adecuado de las biopsias digestivas tomadas en el servicio durante la realización de procedimientos. Evidencia en libros de registro de la unidad. 8. Realizó inventarios, pedidos y evaluaciones técnicas necesarios para el funcionamiento del servicio de Gastroenterología en la unidad de funcionamiento. Evidencia en correos institucionales. 9. Ejerció enlace técnico entre las unidades para la programación, autorización, traslado y ejecución, de los procedimientos endoscópicos, en particular los procedimientos en vía biliar (CPRE) y las disponibilidades en fines de semana. Evidencia en registro diario de mensajes telefónicos. 10. Informó al equipo de salud, a los profesionales, referentes, supervisores, o jefes inmediatos, sobre condiciones de los pacientes, la infraestructura, los equipos o cualquier otra situación de alerta que pudo afectar la seguridad de los pacientes o al personal de trabajo. Evidencia en correos institucionales. 11. Elaboró y socializó los cronogramas, cuadros de actividades y disponibilidades de especialistas y enfermería correspondiente al mes de Agosto. Evidencia en correos institucionales. 12. Realizó y direccionó la programación mensual de agendas para apertura de procedimientos ambulatorios y consulta externa del servicio. Evidencia en correos institucionales. 13. Verificó, entregó y gestiono subsanación de las glosas en cuentas medicas por pagar del mes de Agosto de cada especialista del servicio. Evidencia en correos institucionales. 14. Elaboró y envió el informe mensual sobre indicadores de actividades, bioseguridad o cualquier otro que fue solicitado. Evidencia en correos institucionales. 15. Verificó el cumplimiento del personal de protocolos, guías y demás instrumentos institucionales. 16. Asistió a capacitaciones y evaluaciones de los procesos y guías establecidos por la institución. Evidencia en listas institucionales de asistencia. 17. Apoyó el proceso de consolidación, seguimiento y evaluación, de los indicadores de gestión y calidad. Evidencia en correos institucionales. 18. Apoyó en la preparación y atención de auditorías del mes, que realizaron los diferentes organismos de control. Evidencia en listas institucionales de chequeo. 19. Participó en la elaboración de respuestas a reclamaciones y requerimientos que se presentaron en desarrollo de la atención del mes. Evidencia en correos institucionales.

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 (2026-01-01) AL (2026-01-31)

IV. INFORMACIÓN DE APORTES A SEGURIDAD SOCIAL

No. DE PLANILLA:	N° 8392253926	OPERADOR:	MI PLANILLA

CONCEPTO DEL PAGO	ENTIDAD	FECHA DE PAGO	VALOR PAGADO
SALUD:	COMPENSAR	2026/01/05	$ 311.400
PENSIÓN:	COLPENSIONES	2026/01/05	$ 398.600
RIESGOS LABORALES:	SEGUROS BOLIVAR	2026/01/05	$ 60.700
OTRO			
TOTAL PAGADO			$ 770.700

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 CAROLINA GARZON DE CASTELLANOS* *PS_1785_2025_F5C5A1* **INGRID CAROLINA GARZON DE CASTELLANOS** **CC: 52478826**
FIRMA DE QUIEN VALIDA	*DEISY YANETH HENAO VILLALOBOS* *PS_1785_2025_F5C5A1* **DEISY YANETH HENAO VILLALOBOS** **SUPERVISOR ALTERNO**
FIRMA DE QUIEN CONVALIDA EL CUMPLIMIENTO DE LAS OBLIGACIONES PARA EL PRESENTE PERIODO DE PAGO	*SAUL ARDILA DURAN* *PS_1785_2025_F5C5A1* **SAUL ARDILA DURAN** **SUPERVISOR DEL CONTRATO**

Compensar operador de información certifica que procesó el pago realizado por:

Señor(a): INGRID CAROLINA GARZON MERCHAN
No. Identificación: CC52478826
Dirección: CALLE 50 A SUR NO. 80 D- 35
Telefono: 4519297
Correo: CAROLINAGARZONM@GMAIL.COM
Ciudad: BOGOTÁ, D.C.
Número de Planilla: 8392253926

CITE EL NÚMERO DE PLANILLA PARA CUALQUIER CONSULTA DE PAGO

Nombre Aportante	INGRID CAROLINA GARZON MERCHAN
Tipo y número de identificación	CC52478826
Número de planilla	8392253926
Fecha pago	2026-01-05
Número de autorización pago	86062017
Banco	1023

Número de Empleados	1
Periodo de Cotización Salud	diciembre de 2025
Periodo de Cotización Pensión	diciembre de 2025
Número de Administradoras	4
Total Pagado	785700
Total Intereses de Mora	0

PAGADA

CÓDIGO ADMINISTRADORA	NOMBRE	TOTAL PAGADO	NÚMERO DE AFILIADOS
14-7	Cia. de Seguros Bolivar S.A.	60700	1
25-14	Administradora Colombiana de Pensiones - Colpensiones	398600	1
CCF24	Compensar Caja de Compensacion Fliar	15000	1
EPS008	Compensar EPS	311400	1

8392253926

TIPO DOC.: CC
NO. DOCUMENTO: 52478826
APELLIDOS Y NOMBRES: INGRID CAROLINA GARZON MERCHAN

Cód. EPS	Cód. AFP	IBC SALUD	IBC PENSIÓN	IBC RIESGOS	IBC CAJAS	COTIZACIÓN SALUD	VALOR UPC	COTIZACIÓN PENSIÓN	FONDO SOLIDARIDAD Y SUBSISTENCIA	COTIZACIÓN RIESGOS	APORTE CAJAS
EPS008	25-14	2490760	2490760	2490760	2490760	311400	0	398600	0	60700	15000

Este documento está clasificado como PRIVADO por parte de Compensar Operador de Información