

DATOS DEL CONTRATISTA					
FECHA DE DILIGENCIAMIENTO: (28-02-2026)					
NOMBRES Y APELLIDOS:	YENCY KAROLINA PACHECO ACERO			CC:	1022997086
CORREO ELECTRÓNICO:	YENCYKAROLINA52@GMAIL.COM			TELÉFONO:	3228277525
DIRECCIÓN DOMICILIO:	CL 91B SUR 9 67			CIUDAD:	BOGOTA
BANCO AL CUAL CONSIGNAR:	BANCO DAVIVIENDA S.A.	TIPO DE CUENTA:	AHORROS	N° CUENTA:	004870415926
DATOS DEL CONTRATO O ADICION Y PERIODO OBJETO DE PAGO					
N° DEL CONTRATO:	PS 2061 2026	VALOR CORRESPONDIENTE AL PERIODO OBJETO DE COBRO		\$ 2.226.400	
FECHA DE INICIO CONTRATO	2026/02/01	FECHA DE TERMINACIÓN CONTRATO:		2026/05/31	
PERIODO OBJETO DE COBRO:	DEL 2026/02/01 AL 2026/02/28				
 YENCY KAROLINA PACHECO ACERO PS_2061_2026_BE7935 NOMBRE Y FIRMA DEL CONTRATISTA: YENCY KAROLINA PACHECO ACERO CC: 1022997086 CEL: 3228277525					

CELEBRADO ENTRE LA SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E Y
YENCY KAROLINA PACHECO ACERO

CON C.C N° 1.022.997.086

OBJETO DEL CONTRATO:	PRESTAR SERVICIOS COMO AUXILIAR DE ENFERMERIA PARA DESARROLLAR ACTIVIDADES EN LA DIRECCION DE SERVICIOS AMBULATORIOS DE LA SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E.
----------------------	---

CONTRATO DE PRESTACION DE SERVICIOS PROFESIONALES No.	PS 2061 2026	FECHA INICIO CONTRATO	2026/02/01
---	--------------	-----------------------	------------

VALOR INICIAL DEL CONTRATO	\$ 9.411.600	No. HORAS EJECUTADAS	176
----------------------------	--------------	----------------------	-----

VALOR TOTAL DEL CONTRATO INCLUIDO ADICIONES:	\$ 9.411.600	VALOR DE HONORARIOS PERÍODO A CERTIFICAR:	\$ 2.226.400
--	--------------	---	--------------

PLAZO DEL CONTRATO INCLUYENDO PRORROGAS	CUATRO (4) MESES
---	--------------------

UNIDAD FUNCIONAL DE EJECUCIÓN DE ACTIVIDADES:	HOSPITAL LA VICTORIA
---	----------------------

NOMBRE DEL SUPERVISOR:	DIANA ISABEL MORA MORALES
------------------------	---------------------------

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. Asignación de citas de Colposcopia a pacientes con prueba de ADN-VPH y la citología de triage o clasificatoria sean positivas
2	2. Alistar 30 min antes de iniciar la jornada, los equipos necesarios para la consulta y los procedimientos de Colposcopia Biopsia y Conizacion según indicaciones de Biomedico.
3	3. El día antes de la jornada de colposcopias se debe alistar y verificar los insumos a utilizar en la consulta (revisar lista de chequeo) incluyendo los consentimientos informados para cada usuaria, esta información debe quedar relacionada en el correspondiente formato de insumos
4	4. Realizar Limpieza y desinfección recurrente a diario; de camilla, colposcopio, y todos los equipos utilizados en los procedimientos entre pacientes y al finalizar la jornada. Así mismo supervisar aseo terminal por parte de servicios generales.
5	5. Realización de aseo Terminal según protocolo de limpieza y desinfección de los consultorios a su cargo
6	6. Realizar seguimiento diario a la oportunidad en un tiempo no mayor a 30 días y derivar a la Ruta Integral de Atención en Salud para la población con riesgo o presencia de cáncer.
7	7. Entregar contra el RIPS al Archivo las Historias clínicas (en caso de contingencia) y diariamente los consentimientos informados en los horarios establecidos.
8	8. Organizar y mantener papelería suficiente correspondiente a los formatos utilizados en el servicio
9	9. Revisar las fechas de vencimiento de los insumos y realizar semaforización de los mismos.
10	10. Realizar inventario de consultorio, insumos y equipos.
11	Realizar informes según solicitud de su jefe directo y/o jefe del Programa correspondiente a las actividades del programa de Colposcopia, asignación de citas, inasistencia, llamada de recordación y búsqueda activa de las usuarias.
12	12. Alimentar diariamente la base de datos de seguimiento, adherencia al Programa de Colposcopia, diario de campo. (FORMATOS DRIVE).
13	13. Consignar en Historia Clínica los seguimientos realizados a pacientes inasistentes, perdidos, que cancelan citas o reportan novedades significativas en la historia clínica.
14	14. Solicitar a diario a funcionario de facturación la creación de un ingreso en caso de requerirse a nombre de quien realiza el seguimiento para diligenciamiento respectivo.
15	15. Realizar pedido de insumos y papelería mensual, los días 15 de cada mes, según necesidad del servicio con visto bueno del jefe del servicio.
16	Realizar seguimiento telefónico a los usuarios a diario se deben realizar seguimientos telefónicos de recordatorio de citas, para confirmar asistencia y conocer estado de salud del usuario asignado, en caso de contar con solicitud de cancelación o reprogramación de las mismas se debe garantizar nueva asignación de cita consignándolo en Historia clínica de seguimiento.
17	17. Cumplir con los protocolos y guías establecidos por la institución.
18	18. Orientar e informar a los usuarios del Programa de Colposcopia y Biopsia según corresponda.
19	19. Manejar residuos y material de acuerdo a las normas de Bioseguridad
20	20. Revisar agendas creadas en el sistema de Dinámica Gerencial y asignar citas de dicha especialidad con previa verificación en Adres de afiliación a EAPB en estado activo
21	21. Realizar monitoria y seguimiento de las agendas de consulta pre quirúrgica de Ginecología para su agendamiento completo y en caso de tener espacios en blanco se debe realizar consecución de pacientes para entrega de resultados y realizar su agendamiento para cumplir el 100% de asignación
22	22. Realizar recordatorio telefónico día previo a citas asignadas, en caso de fin de semana el día viernes se realiza seguimiento de agenda del lunes.

23	23. Durante la jornada de consulta se debe realizar llamado telefónico de los pacientes que tiene cita asignada para nuevamente confirmar su asistencia, en caso tal que no asistan se asigna con otro paciente para minimizar el indicador de inasistencia.		
24	24. Mantener comunicación con grupo de gestión el riesgo, cohorte de Cáncer cuello Uterino para dar continuidad a RIAS.		
25	25. Informar al Ginecólogo del programa novedades presentadas en la programación de la consulta al igual que reportar cambios objetivos y subjetivos evidenciados durante la realización de los procedimientos.		
26	26. Dar cumplimiento a las actividades designadas por jefe y/o Ginecóloga del Programa en cuanto a las necesidades de atención de las usuarias. 27. Mantener confidencialidad de los casos en el programa de Colposcopia, así como las acciones realizadas en el programa.		
27	28. Dar cumplimiento a la entrega de Tratamientos de TBC ambulatorio las tarjetas de medicamentos, según indicaciones dadas por el Programa de TBC de la Subred. (Recibir tratamiento, realizar tarjetas del mismo y entregar según dosificación)		
28	29. Informar y mantener comunicación continua con jefe de Programa TBC, sobre novedades y tratamientos.		
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 (2026-02-01) AL (2026-02-28)			
IV. INFORMACIÓN DE APORTES A SEGURIDAD SOCIAL			
No. DE PLANILLA:	N° 1078296736	OPERADOR:	SIMPLE
CONCEPTO DEL PAGO	ENTIDAD	FECHA DE PAGO	VALOR PAGADO
SALUD:	COMPENSAR	2026/02/10	\$ 218.900
PENSIÓN:	PORVENIR	2026/02/10	\$ 280.200
RIESGOS LABORALES:	SEGUROS BOLIVAR	2026/02/10	\$ 42.700
OTRO			
TOTAL PAGADO			\$ 541.800
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 ningún 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		 YENCY KAROLINA PACHECO ACERO PS_2061_2026_BE7935 YENCY KAROLINA PACHECO ACERO CC: 1022997086	
FIRMA DE QUIEN CONVALIDA EL CUMPLIMIENTO DE LAS OBLIGACIONES PARA EL PRESENTE PERIODO DE PAGO		DIANA ISABEL MORA MORALES SUPERVISOR DEL CONTRATO	



PAGOSIMPLE | REPORTE INDIVIDUAL

Fecha creación reporte 2026-02-10, 01:59:38 PM Tipo Planilla I Número Planilla 1078296736
Periodo Cotización 202601 Periodo Servicio 202601
Cliente:

PAGADA 2026-02-10

I. DATOS DEL APORTANTE

Razón Social	YENCY KAROLINA PACHECO ACERO						
Documento	CC 1022997086			Dirección	CL 91B SUR #9 - 67 ESTE		
Tipo de Empresa	INDEPENDIENTE			Teléfono	3228277525		
Tipo Persona	NATURAL			Forma Presentación	ÚNICO	Total Afiliados	1
Ciudad	BOGOTA D.C.			Departamento	BOGOTA D.C.		
Representante Legal				Identificación			

II. DATOS DEL AFILIADO

Documento	CC 1022997086		Residente		Exonerado	N	Apellidos y Nombres	Código Ciudad - Departamento	Centro de Trabajo	Ubicación Laboral
Tipo Cotizante	59	00					PACHECO ACERO YENCY KAROLINA	11001000 - 11		BOGOTA D.C.

III. APORTE POR CADA UNA DE LAS ADMINISTRADORAS ASOCIADAS AL AFILIADO:

Novedades																Extranjero	Tipo salario	Salario	Pensión						Salud						Riesgos					Caja				Parafiscales																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																													
ING	RET	TDE	TAE	TDP	TAP	VSP	COR	VST	SLN	IGE	LMA	VAC	AVP	VCT	IRP				Días AFP	Días EPS	Días AFP	Días EPS	Días AFP	Días EPS	Días AFP	Días EPS	Código AFP	Código Tras. AFP	Tarifa AFP	IBC	Total Aporte AFP	Total Aporte FSP	Total Aporte FSFS	Código EPS	Código Tras. EPS	Tarifa EPS	IBC EPS	Aporte Salud	Aporte UPC	Código ARL	Clase Riesgo	Tarifa ARL	IBC ARL	Aporte Riesgos	Código CCF	Tarifa CCF	IBC CCF	Aporte Caja	Tarifa SENA	Aporte SENA	Tarifa ICBF	Aporte ICBF																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																	

IV.TOTALES

Total Aportes Pensión	Total Aportes FSP	Total Aportes FSFS	Total Aportes Salud	Total Aportes Riesgos	Total Aportes Cajas	Total Aportes SENA	Total Aportes ICBF	Total Aportes ESAP	Total Aportes MEN	Total Final
PORVENIR	FSP SOLIDARIDAD	FSP SUBSISTENCIA	COMPENSAR EPS	SEGUROS BOLIVAR	COMPENSAR CCF	SENA	ICBF	ESAP	MEN	
\$ 280.200	\$ 0	\$ 0	\$ 218.900	\$ 42.700	\$ 10.600	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0	

