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: (28-02-2026)					
NOMBRES Y APELLIDOS:	**JENNY YAMILE PAEZ PERILLA**			**CC:**	**53002176**
CORREO ELECTRÓNICO:	**JENNYPAEZ05@HOTMAIL.COM**			**TELÉFONO:**	**3205568785**
DIRECCIÓN DOMICILIO:	**KR 68H BIS 26 40 SUR**			**CIUDAD:**	**BOGOTA**
BANCO AL CUAL CONSIGNAR:	**BBVA COLOMBIA**	**TIPO DE CUENTA:**	**AHORROS**	**N° CUENTA:**	**393003138**
DATOS DEL CONTRATO O ADICION Y PERIODO OBJETO DE PAGO					
Nº DEL CONTRATO:	**PS 1296 2026**	**VALOR CORRESPONDIENTE AL PERIODO OBJETO DE COBRO**			**$ 4.388.400**
FECHA DE INICIO CONTRATO	**2026/02/03**	**FECHA DE TERMINACIÓN CONTRATO:**			**2026/05/31**
PERIODO OBJETO DE COBRO:	**DEL 2026/02/03 AL 2026/02/28**				

JENNY YAMILE PAEZ PERILLA
PS_1296_2026_F9D29E

NOMBRE Y FIRMA DEL CONTRATISTA:
JENNY YAMILE PAEZ PERILLA
CC: 53002176
CEL: 3205568785

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			
JENNY YAMILE PAEZ PERILLA			
	CON C.C N°	**53.002.176**	
OBJETO DEL CONTRATO:	PRESTAR SERVICIOS COMO ENFERMERO 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 1296 2026**	**FECHA INICIO CONTRATO**	**2026/02/03**
VALOR INICIAL DEL CONTRATO	$ 17.744.400	**No. HORAS EJECUTADAS**	**184**
VALOR TOTAL DEL CONTRATO INCLUIDO ADICIONES:	$ 17.744.400	**VALOR DE HONORARIOS PERÍODO A CERTIFICAR:**	$ 4.388.400
PLAZO DEL CONTRATO INCLUYENDO PRORROGAS	CUATRO (4) MESES		
UNIDAD FUNCIONAL DE EJECUCIÓN DE ACTIVIDADES:	HOSPITAL SANTA CLARA		
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	En mi jornada diaria procuro cumplir con los estándares de producción del servicio asignado dentro de los tiempos establecidos por la institución.
2	Al iniciar y finalizar el turno, recibo y entrego la información correspondiente, diligencio los formatos institucionales y realizo los registros necesarios en las notas de enfermería.
3	Desarrollo los procedimientos propios de mi rol como enfermera en la unidad renal, siguiendo las órdenes médicas y el plan de cuidado de los pacientes a mi cargo.
4	Organizo al personal del servicio, asigno tareas y hago seguimiento al cumplimiento de las actividades para garantizar una atención adecuada a los pacientes.
5	Reviso las órdenes de medicamentos, las envío a farmacia y me encargo de su correcta administración, registro y devolución cuando corresponde.
6	Tramito oportunamente ante el área administrativa las necesidades que surgen en el servicio donde estoy asignada.
7	Sigo los procesos, protocolos, guías e instructivos institucionales necesarios para realizar mis funciones, además de elaborar informes y gestionar solicitudes o actividades administrativas que se requieran.
8	Participo en las capacitaciones y actividades programadas por la institución para fortalecer mis conocimientos y habilidades.
9	Cumplo con las actividades según los cronogramas establecidos por la institución, de acuerdo con el objeto de mi contrato.
10	Brindo información clara al paciente y a su familia sobre su estado de salud, explicando riesgos, posibles complicaciones y beneficios del tratamiento.
11	Me adhiero a las políticas, manuales, guías y procedimientos establecidos por la institución.
12	Aplico estrictamente las normas del manual de bioseguridad en todas mis actividades.
13	Reporto de manera obligatoria cualquier evento de seguridad, infección intrahospitalaria u otro suceso de interés en salud pública.
14	Gestiono procesos de traslado, referencia o contrarreferencia de pacientes cuando es necesario, conforme a las normas establecidas.
15	Asisto y cumplo con las capacitaciones virtuales o presenciales convocadas, presentando las certificaciones correspondientes.
16	Realizo las evaluaciones programadas para medir mi nivel de conocimiento y adherencia a los procesos institucionales.
17	Desempeño mis funciones en cualquiera de las unidades asignadas dentro de la subred, según lo indique el supervisor.
18	Procuro que se cumplan las normas de bioseguridad, salud ocupacional y gestión ambiental dentro del servicio.
19	Ejecuto las actividades propias de mi profesión conforme a la normativa vigente, al contrato y a las necesidades del servicio.

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 (2026-02-03) AL (2026-02-28)

IV. INFORMACIÓN DE APORTES A SEGURIDAD SOCIAL

No. DE PLANILLA:	N° 50409953	OPERADOR:	MI PLANILLA

CONCEPTO DEL PAGO	ENTIDAD	FECHA DE PAGO	VALOR PAGADO
SALUD:	SANITAS	2026/02/23	$ 218.900
PENSIÓN:	COLPENSIONES	2026/02/23	$ 280.200
RIESGOS LABORALES:	SEGUROS BOLIVAR	2026/02/23	$ 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 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	*JENNY YAMILE PAEZ PERILLA* *PS_1296_2026_F9D29E* **JENNY YAMILE PAEZ PERILLA** **CC: 53002176**
FIRMA DE QUIEN VALIDA	*VANESSA CORREDOR GUZMAN* *PS_1296_2026_F9D29E* **VANESSA CORREDOR GUZMAN** **SUPERVISOR ALTERNO**
FIRMA DE QUIEN CONVALIDA EL CUMPLIMIENTO DE LAS OBLIGACIONES PARA EL PRESENTE PERIODO DE PAGO	*MARIANO ALEJANDRO DE JESUS ORTEGA LONDOÑO* *PS_1296_2026_F9D29E* **MARIANO ALEJANDRO DE JESUS ORTEGA LONDOÑO** **SUPERVISOR DEL CONTRATO**