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: (30-04-2026)					
NOMBRES Y APELLIDOS:	**NADINA LAMBIS CASTRO**			**CC:**	**45443603**
CORREO ELECTRÓNICO:	**NADINALAMBISC@GMAIL.COM**			**TELÉFONO:**	**3045357977**
DIRECCIÓN DOMICILIO:	**CR 78B 1 05**			**CIUDAD:**	**BOGOTA**
BANCO AL CUAL CONSIGNAR:	**BANCOLOMBIA**	**TIPO DE CUENTA:**	**AHORROS**	**N° CUENTA:**	**04567377151**
DATOS DEL CONTRATO O ADICION Y PERIODO OBJETO DE PAGO					
Nº DEL CONTRATO:	**PS 1221 2026**	**VALOR CORRESPONDIENTE AL PERIODO OBJETO DE COBRO**			**$ 5.151.600**
FECHA DE INICIO CONTRATO	**2026/02/03**	**FECHA DE TERMINACIÓN CONTRATO:**			**2026/05/31**
PERIODO OBJETO DE COBRO:	**DEL 2026/04/01 AL 2026/04/30**				

NADINA LAMBIS CASTRO
PS_1221_2026_2F0C7D

NOMBRE Y FIRMA DEL CONTRATISTA:
NADINA LAMBIS CASTRO
CC: 45443603
CEL: 3045357977

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			
NADINA LAMBIS CASTRO			
	CON C.C N°	**45.443.603**	
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 1221 2026**	**FECHA INICIO CONTRATO**	**2026/02/03**
VALOR INICIAL DEL CONTRATO	$ 17.744.400	**No. HORAS EJECUTADAS**	**216**
VALOR TOTAL DEL CONTRATO INCLUIDO ADICIONES:	$ 17.744.400	**VALOR DE HONORARIOS PERÍODO A CERTIFICAR:**	$ 5.151.600
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	1. DAR CUMPLIMIENTO A LOS ESTÁNDARES DE PRODUCCIÓN DEL SERVICIO ASIGNADO SEGÚN LOS TIEMPOS ESTABLECIDOS POR LA INSTITUCIÓN.
2	2. CUMPLIR CON EL RECIBO Y ENTREGA DE TURNO, DILIGENCIANDO LOS FORMATOS RESPECTIVOS INSTITUCIONALES, REALIZANDO LAS ANOTACIONES RESPECTIVAS EN LOS REGISTROS DE ENFERMERÍA.
3	3. REALIZAR LOS PROCESOS Y PROCEDIMIENTOS CORRESPONDIENTES AL PERFIL DE ENFERMERA EN LA UNIDAD RENAL, DANDO CUMPLIMIENTO A LAS ÓRDENES MÉDICAS Y AL PLAN DE CUIDADO DE LOS PACIENTES A CARGO.
4	4. REALIZAR DISTRIBUCIÓN DEL PERSONAL EN EL SERVICIO Y ASIGNACIÓN DE ACTIVIDADES, ELABORACIÓN, EJECUCIÓN, SEGUIMIENTO Y CUMPLIMIENTO DE ÓRDENES PARA LA ATENCIÓN DE LOS PACIENTES.
5	5. HACER LA REVISIÓN Y ENVÍO A FARMACIA DE LAS ÓRDENES DE MEDICAMENTOS ADMINISTRACIÓN, REGISTRO Y DEVOLUCIÓN DE MEDICAMENTOS
6	6. TRAMITAR DE MANERA OPORTUNA, LAS NECESIDADES DEL SERVICIO ASIGNADO AL ÁREA ADMINISTRATIVA RESPECTIVA
7	7.CUMPLIR CON LOS PROCESOS, PROCEDIMIENTOS, GUÍAS, INSTRUCTIVOS FORMATOS PROTOCOLOS QUE SE REQUIERAN PARA EL CUMPLIMIENTO DE LAS ACTIVIDADES; PRESENTAR INFORMES, SOLICITUDES Y PETICIONES Y DEMÁS ACTIVIDADES ADMINISTRATIVAS QUE SE GENEREN
8	ADMINISTRATIVAS QUE SE GENEREN. 8. ASISTIR A CAPACITACIONES Y ACTIVIDADES SEGÚN LA PROGRAMACIÓN INSTITUCIONAL.
9	9. CUMPLIR LO ESTABLECIDO POR LA INSTITUCIÓN DE ACUERDO A LOS CRONOGRAMAS ESTABLECIDOS PARA EL DESARROLLO DE LAS ACTIVIDADES PERTINENTES CON EL OBJETO DEL CONTRATO
10	10. BRINDAR INFORMACIÓN AL USUARIO Y SU FAMILIA SOBRE SU ESTADO DE SALUD, ACLARANDO RIESGOS, COMPLICACIONES Y BENEFICIOS DE SU TRATAMIENTO.
11	11. ADHERIRSE A LAS POLÍTICAS, GUÍAS DE MANEJO, INSTRUCTIVOS, MANUALES, PROCESOS Y PROCEDIMIENTOS INSTITUCIONALES.
12	12. CUMPLIR ADHERENCIA AL MANUAL DE BIOSEGURIDAD.
13	13. REALIZAR LA NOTIFICACIÓN OBLIGATORIA DE SUCESOS DE SEGURIDAD, INFECCIONES INTRAHOSPITALARIAS Y DEMÁS EVENTOS DE INTERÉS EN SALUD PÚBLICA.
14	14. REALIZAR EL PROCESO DE TRASLADO Y/O, LA REFERENCIA Y CONTRA REFERENCIA CUANDO SE REQUIERA, DENTRO DE LA PRESTACIÓN INTEGRAL DE LA SUBRED Y DE ACUERDO CON LAS NORMAS QUE LA REGULAN.
15	15. CUMPLIR CON LAS CAPACITACIONES VIRTUALES O PRESENCIALES QUE LA SUBRED CONVOQUE Y PRESENTAR LA CERTIFICACIÓN CORRESPONDIENTE.
16	16. REALIZAR LAS EVALUACIONES DE ADHERENCIA Y CONOCIMIENTOS PROGRAMADAS POR LA SUBRED PARA MEDIR LA ADHERENCIA A LOS PROCESOS.
17	17. SE DESARROLLARÁN LAS ACTIVIDADES EN CUALQUIERA DE LAS UNIDADES CORRESPONDIENTES A LA SUBRED CENTRO ORIENTE DE ACUERDO A LA ASIGNACIÓN REALIZADA POR EL SUPERVISOR.
18	18. VELAR POR EL SEGUIMIENTO DE LAS NORMAS DE BIOSEGURIDAD, SALUD OCUPACIONAL Y GESTIÓN AMBIENTAL. 19

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 (2026-04-01) AL (2026-04-30)

IV. INFORMACIÓN DE APORTES A SEGURIDAD SOCIAL

No. DE PLANILLA:	N° 71903107	OPERADOR:	MI PLANILLA

CONCEPTO DEL PAGO	ENTIDAD	FECHA DE PAGO	VALOR PAGADO
SALUD:	FAMISANAR	2026/04/01	$ 248.100
PENSIÓN:	SIN DATO	2026/04/01	$ 0
RIESGOS LABORALES:	SURA	2026/04/01	$ 48.400
OTRO			
TOTAL PAGADO			$ 296.500

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	*NADINA LAMBIS CASTRO* *PS_1221_2026_2F0C7D* **NADINA LAMBIS CASTRO** **CC: 45443603**
FIRMA DE QUIEN CONVALIDA EL CUMPLIMIENTO DE LAS OBLIGACIONES PARA EL PRESENTE PERIODO DE PAGO	*MARIANO ALEJANDRO DE JESUS ORTEGA LONDOÑO* *PS_1221_2026_2F0C7D* **MARIANO ALEJANDRO DE JESUS ORTEGA LONDOÑO** **SUPERVISOR DEL CONTRATO**