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:	**CAROL ADRIANA GONZALEZ RIVERA**			**CC:**	**52728418**
CORREO ELECTRÓNICO:	**carol.gonzalez94@yahoo.com**			**TELÉFONO:**	**SIN DATO**
DIRECCIÓN DOMICILIO:	**CRA 64B 57B 91 SUR**			**CIUDAD:**	**BOGOTA**
BANCO AL CUAL CONSIGNAR:	**BANCOLOMBIA**	**TIPO DE CUENTA:**	**AHORROS**	**N° CUENTA:**	**22317647496**
DATOS DEL CONTRATO O ADICION Y PERIODO OBJETO DE PAGO					
Nº DEL CONTRATO:	**PS 2915 2026**	**VALOR CORRESPONDIENTE AL PERIODO OBJETO DE COBRO**			**$ 2.200.800**
FECHA DE INICIO CONTRATO	**2026/02/01**	**FECHA DE TERMINACIÓN CONTRATO:**			**2026/05/31**
PERIODO OBJETO DE COBRO:	**DEL 2026/04/01 AL 2026/04/30**				

CAROL ADRIANA GONZALEZ RIVERA
PS_2915_2026_78AB45

NOMBRE Y FIRMA DEL CONTRATISTA:
CAROL ADRIANA GONZALEZ RIVERA
CC: 52728418
CEL: SIN DATO

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			
CAROL ADRIANA GONZALEZ RIVERA			
	CON C.C N°	**52.728.418**	
OBJETO DEL CONTRATO:	PRESTAR SERVICIOS COMO AUXILIAR DE ENFERMERIA PARA DESARROLLAR ACTIVIDADES EN LA DIRECCION DE SERVICIOS DE URGENCIAS DE LA SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E.		
CONTRATO DE PRESTACION DE SERVICIOS PROFESIONALES No.	**PS 2915 2026**	**FECHA INICIO CONTRATO**	**2026/02/01**
VALOR INICIAL DEL CONTRATO	$ 9.746.400	**No. HORAS EJECUTADAS**	**168**
VALOR TOTAL DEL CONTRATO INCLUIDO ADICIONES:	$ 9.746.400	**VALOR DE HONORARIOS PERÍODO A CERTIFICAR:**	$ 2.200.800
PLAZO DEL CONTRATO INCLUYENDO PRORROGAS	CUATRO (4) MESES		
UNIDAD FUNCIONAL DE EJECUCIÓN DE ACTIVIDADES:	HOSPITAL SAN BLAS		
NOMBRE DEL SUPERVISOR:	JOHON JAIRO RODRIGUEZ APONTE		

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	REALICÉ EL RECIBO Y LA ENTREGA DE TURNO SIGUIENDO LOS PROTOCOLOS DE LA ENTIDAD, INFORMANDO CUALQUIER NOVEDAD AL REFERENTE Y UTILIZANDO LOS REGISTROS ESTABLECIDOS PARA ASEGURAR UNA TRANSICION SEGURA DE LAS ORDENES DE SERVICIO, DEJANDO LAS NOVEDADES REGISTRADAS EN EL LIBRO.
2	REGISTRÉ DE MANERA OPORTUNA, DETALLADA Y CRONOLOGICA EN LA PLATAFORMA DEL SOFTWARE SIRC TODAS LAS SOLICITUDES Y NOVEDADES RELACIONADAS CON LOS PACIENTES ATENDIDOS EN LOS DIFERENTES HOSPITALES Y CENTROS DE SALUD QUE CONFORMAN LA SUBRED CENTRO ORIENTE.
3	FACILITÉ Y DIRECCIONÉ EL TRASLADO DE PACIENTES ENTRE LAS DISTINTAS UNIDADES HOSPITALARIAS, ASI COMO ENTRE INSTITUCIONES DISTRITALES Y NACIONALES QUE INTEGRAN LA RED DE PRESTACION DE SERVICIOS DE SALUD, PARA GARANTIZAR LA CONTINUIDAD Y CALIDAD EN LA ATENCION, COORDINAR EFICIENTEMENTE LOS RECURSOS DISPONIBLES, EVALUAR LAS CONDICIONES CLINICAS Y ADMINISTRATIVAS PARTICULARES DE CADA PACIENTE.
4	GESTIONÉ DE MANERA COORDINADA Y EFICIENTE LAS SOLICITUDES, SEGUIMIENTO Y DOCUMENTACION DE TRASLADOS Y REFERENCIAS DE PACIENTES, GARANTIZANDO SEGURIDAD, OPORTUNIDAD Y COMUNICACION EFECTIVA ENTRE LAS DIFERENTES UNIDADES E INSTITUCIONES DE SALUD.
5	GARANTICÉ LA ATENCION EFICIENTE Y SEGURA DE LOS TRASLADOS DE PACIENTES, PRIORIZANDO LOS CASOS URGENTES SEGUN SU CONDICION CLINICA, MEDIANTE LA ADECUADA COORDINACION Y COMUNICACION CON LAS UNIDADES DE ORIGEN Y DESTINO, EL REGISTRO DETALLADO DE LA INFORMACION RELEVANTE Y EL USO RESPONSABLE DE LOS RECURSOS Y CANALES INSTITUCIONALES ESTABLECIDOS.
6	COMUNIQUÉ OPORTUNAMENTE AL SUPERVISOR DEL CONTRATO CUALQUIER SITUACION QUE PUEDA IMPACTAR EL CUMPLIMIENTO DE LAS OBLIGACIONES CONTRACTUALES, CON EL FIN DE PERMITIR LA TOMA DE DECISIONES ADECUADAS Y GARANTIZAR LA CONTINUIDAD EN LA PRESTACION DEL SERVICIO.
7	ASISTÍ Y PARTICIPÉ EN LAS CAPACITACIONES, SOCIALIZACIONES Y ESPACIOS TECNICO-CIENTIFICOS PROGRAMADOS POR LA ENTIDAD.
8	VELÉ POR EL USO ADECUADO Y RESPONSABLE DEL TELEFONO INSTITUCIONAL ASIGNADO, ASEGURANDOSE DE QUE SEA EMPLEADO EXCLUSIVAMENTE PARA LOS TRAMITES Y COMUNICACIONES OFICIALES RELACIONADAS CON LA GESTION EN LA SISSCO.
9	REVICÉ EL CORREO INSTITUCIONAL DE MANERA REGULAR, ASEGURANDOSE DE IDENTIFICAR Y GESTIONAR OPORTUNAMENTE LA INFORMACION RELACIONADA CON AUTORIZACIONES Y OTROS TRAMITES PROVENIENTES DE LOS DISTINTOS ACTORES QUE INTERVIENEN EN EL SGSSS.
10	COMENTÉ LOS PACIENTES EN TRAMITE DE REMISION PROVENIENTES DE LAS DIVERSAS IPS, EAPB Y ENTES DE CONTROL A NIVEL NACIONAL CON EL LIDER DE GOBIERNO CLINICO O LA PERSONA DESIGNADA SEGUN LA ESPECIALIDAD REQUERIDA, SE DEBE COORDINAR LA RECOLECCION Y ENVIO OPORTUNO DE LA DOCUMENTACION NECESARIA PARA CADA CASO, ASEGURANDO LA INTEGRIDAD DE LA INFORMACION CLINICA Y ADMINISTRATIVA.
11	LAS DEMAS ACTIVIDADES RELACIONADAS CON EL CARGO QUE SEAN ASIGNADAS POR EL SUPERVISOR DEL CONTRATO.

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° 1080413332	OPERADOR:	SIMPLE

CONCEPTO DEL PAGO	ENTIDAD	FECHA DE PAGO	VALOR PAGADO
SALUD:	SANITAS	2026/04/13	$ 218.900
PENSIÓN:	COLFONDOS	2026/04/13	$ 280.200
RIESGOS LABORALES:	COLMENA	2026/04/13	$ 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	*CAROL ADRIANA GONZALEZ RIVERA* *PS_2915_2026_78AB45* **CAROL ADRIANA GONZALEZ RIVERA** **CC: 52728418**
FIRMA DE QUIEN CONVALIDA EL CUMPLIMIENTO DE LAS OBLIGACIONES PARA EL PRESENTE PERIODO DE PAGO	*JOHON JAIRO RODRIGUEZ APONTE* *PS_2915_2026_78AB45* **JOHON JAIRO RODRIGUEZ APONTE** **SUPERVISOR DEL CONTRATO**