# PAGOSIMPLE | Prefactura

**Fecha creación reporte:** 2026-05-15, 10:47:58 AM **Tipo Planilla:** I: PLANILLA INDEPENDIENTES

**Periodo Cotización:** abril de 2026 **Periodo Servicio:** abril de 2026 **Referencia pago (PIN):** 8824130631

**Fecha limite de pago:** 2026-05-19

## GUARDADA 15/05/2026

### I. DATOS DEL APORTANTE

| | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| **Razón Social** | YEIMI KARINA MARTINEZ HURTADO | | | | |
| **Documento** | CC52447665 | **Dirección** | CL 71G SUR #14 X - 08 LAS QUINTAS | | |
| **Tipo de Empresa** | INDEPENDIENTE | **Teléfono** | 3123539543 | | |
| **Tipo Persona** | NATURAL | **Forma Presentación** | ÚNICO | **Total Afiliados** | 1 |
| **Ciudad** | BOGOTA D.C. | **Departamento** | BOGOTA D.C. | | |
| **Representante Legal** | | **Identificación** | | | |

IMPORTANTE: SEÑOR APORTANTE, POR FAVOR VERIFIQUE LA LIQUIDACIÓN ANTES DE REALIZAR EL PAGO, Simple S.A., da por entendido que, de realizar el pago con esta planilla, usted está de acuerdo con la información consignada, en consecuencia, la atención de cualquier inconsistencia con las administradoras es su responsabilidad. Recuerde realizar el pago de sus aportes al Sistema General de Seguridad Social dentro de las fechas establecidas y evite posibles inconvenientes en la prestación de los servicios con sus administradoras. Por favor tenga en cuenta que los pagos realizados después de las 3.00 p.m., se harán efectivos el siguiente día hábil.

### II. DETALLE DEL APORTANTE

| Datos del Afiliado | | | | Novedades | | | | | | | | | | | | | | | | | | Pensiones | | | Salud | | | Riesgos | | | Cajas | | | Parafiscales | | | | | Total |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| Identificación | Apellidos y Nombres | Tipo Cotizante | Subtipo Cotizante | ING | RET | TDE | TAE | TDP | TAP | VSP | COR | VST | SLN | IGE | LMA | VAC | AVP | VCT | IRP | Días AFP | Días EPS | Días ARP | Días CCF | Administradora | IBC Pensión | Aporte Pensión | Administradora | IBC Salud | Aporte Salud | Administradora | IBC Riesgos | Aporte Riesgos | Administradora | IBC Caja | Aporte Caja | Aporte SENA | Aporte ICBF | ESAP | Aporte Ministerio | Total |
| CC 52447665 | MARTINEZ HURTADO YEIMI KARINA | 57 | 00 | | | | | | | | | X | | | | | | | 0 | 30 | 30 | 30 | 30 | COLPENSIONES | $ 1.802.000 | $ 288.400 | EPS SANITAS | $ 1.802.000 | $ 225.300 | SEGUROS BOLIVAR | $ 1.802.000 | $ 43.900 | COMPENSAR CCF | $ 1.802.000 | $ 36.100 | $ 0 | $ 0 | $ 0 | $ 0 | $ 593.700 |

### III.TOTALES

| IBC Pensión | IBC Salud | IBC Riesgos | IBC Cajas | Aportes Pensión | Aportes FSP | Aportes FSS | Aportes Salud | Aportes Riesgos | Aportes Cajas | Aportes Sena | Aportes ICBF | Aportes ESAP | Aportes Min Educación | (Incapacidades, Licencias, Saldos | Incapacidades ARP | SUBTOTAL SIN INTERESES DE | TOTAL INTERESES | TOTAL FINAL |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| $ 1.802.000 | $ 1.802.000 | $ 1.802.000 | $ 1.802.000 | $ 288.400 | $ 0 | $ 0 | $ 225.300 | $ 43.900 | $ 36.100 | $ 0 | $ 0 | $ 0 | $ 0 | $ 0 | $ 0 | $ 593.700 | $ 0 | $ 593.700 |

### IV.INFORMACION

| Día hábil de pago sin mora |
|---|
| 11 |

| Periodo cotización salud | | | | | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| Enero | Febrero | Marzo | Abril | Mayo | Junio | Julio | Agosto | Septiembre | Octubre | Noviembre | Diciembre |
| ☐ | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ |

Centro de Servicios Cafam - Supermercados Colsubsidio

8888241306310000000991231

Mibanco - Corresponsables AKI - Supermercados Comfandi - Almacenes Grupo Éxito

(415)7709998485884(8020)8824130631(3900)0000000(96)20991231

**MEDIOS DE PAGO PRESENCIALES Corresponsales: Punto de pago - Punto Red - AKI (MiBanco) - MOViiRED / Centro de Servicios: Cafam Suba / Supermercados: Tiendas Cencosud (Jumbo, Metro y Spid) - Colsubsidio - Comfandi / App: MOVii – ClaroPAY / Bancos: Mibanco - Banco de Occidente. Consulta otros medios de pago en: https://pagosimple.com/puntos-de-recaudo/**



**Líneas de Servicio FonoSIMPLE: Bogotá 601 4446634 - Cali: 602 5540577 - Medellín: 604 5146669 - Bucaramanga: 607 6438000 - Cartagena: 605 6945444 - Pereira: 606 3402582 - Barranquilla: 605 3618850 - Resto del País: 018000 971 971 - ¡Más que Fácil, SIMPLE!**

**Antes de imprimir, asegúrese que sea realmente necesario. Proteger el medio ambiente está en nuestras manos.**

¡El Poder de lo SIMPLE!

**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:** | **YEIMY KARINA MARTINEZ HURTADO** | | | **CC:** | **52447665** |
| **CORREO ELECTRÓNICO:** | **myeimikarina@GMAIL.COM** | | | **TELÉFONO:** | **3123539543** |
| **DIRECCIÓN DOMICILIO:** | **Cl. 67B Sur #13-60, torre 1 apto 504** | | | **CIUDAD:** | **BOGOTA** |
| **BANCO AL CUAL CONSIGNAR:** | **BANCO DAVIVIENDA S.A.** | **TIPO DE CUENTA:** | **AHORROS** | **N° CUENTA:** | **008400700384** |
| **DATOS DEL CONTRATO O ADICION Y PERIODO OBJETO DE PAGO** | | | | | |
| **Nº DEL CONTRATO:** | **PS 1477 2026** | **VALOR CORRESPONDIENTE AL PERIODO OBJETO DE COBRO** | | | **$ 4.504.500** |
| **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** | | | | |

*YEIMY KARINA MARTINEZ HURTADO*
*PS_1477_2026_CE0BE4*

**NOMBRE Y FIRMA DEL CONTRATISTA:**
**YEIMY KARINA MARTINEZ HURTADO**
**CC: 52447665**
**CEL: 3123539543**

| | | |
|---|---|---|
| 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**<br>**APOYO - GESTION DE CONTRATACIÓN**<br>**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<br>**VERSIÓN:** 2<br>**FECHA:** 2025-06-09 |

| | | | |
|---|---|---|---|
| **CELEBRADO ENTRE LA SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E Y** | | | |
| **YEIMY KARINA MARTINEZ HURTADO** | | | |
| | **CON C.C N°** | **52.447.665** | |
| **OBJETO DEL CONTRATO:** | PRESTAR SERVICIOS COMO INSTRUMENTADOR (A) QUIRURGICO PARA DESARROLLAR ACTIVIDADES EN LA DIRECCION DE SERVICIOS HOSPITALARIOS-MEDICINA DE LA SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E. | | |
| **CONTRATO DE PRESTACION DE SERVICIOS PROFESIONALES No.** | **PS 1477 2026** | **FECHA INICIO CONTRATO** | **2026/02/01** |
| **VALOR INICIAL DEL CONTRATO** | $ 14.894.880 | **No. HORAS EJECUTADAS** | **225** |
| **VALOR TOTAL DEL CONTRATO INCLUIDO ADICIONES:** | $ 14.894.880 | **VALOR DE HONORARIOS PERÍODO A CERTIFICAR:** | $ 4.504.500 |
| **PLAZO DEL CONTRATO INCLUYENDO PRORROGAS** | CUATRO ( 4 ) MESES | | |
| **UNIDAD FUNCIONAL DE EJECUCIÓN DE ACTIVIDADES:** | HOSPITAL LA VICTORIA | | |
| **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**<br>**(Deben ser coherentes con las obligaciones específicas del contrato realizadas durante el mes)** |
|---|---|
| | 1. SI HAGO USO EL CARNE INSTITUCIONAL DE LA SUBRED DURANTE LA EJECUCION MIS ACTIVIDADES CONTRACTUALES, EXCEPTUANDO AQUELLAS DESARROLLADAS DENTRO DE LAS UNIDADES QUIRURGICAS.<br>2. SI APOYO EL CUMPLIMIENTO DE LAS NORMAS DEL SISTEMA OBLIGATORIO DE GARANTIA DE LA CALIDAD SEGUN REQUERIMIENTOS DE LA NORMATIVIDAD VIGENTE.<br>3. SI PARTICIPO EN LAS JORNADAS DE CAPACITACION, INDUCCION, REUNIONES Y EVENTOS A LOS CUALES SEA CONVOCADO.<br>4. SI CONOSCO, CONSULTO LAS GUIAS, MANUALES, PROTOCOLOS Y DEMAS ESTABLECIDOS POR LA SUBRED, Y PARTICIPO EN LA CAPACITACION DE ESTOS PARA SU IMPLEMENTACION DE LOS MISMOS.<br>5. SI PARTICIPO DE LAS ACTIVIDADES QUE DEMANDE SEGUN REQUERIMIENTOS INTRA Y EXTRA INSTITUCIONALES.<br>6. SI PARTICIPO EN LA ELABORACION Y ACTUALIZACION DE LOS MANUALES, PROCESOS, GUIAS DE MANEJO Y PROTOCOLOS ASISTENCIALES DEL AREA.<br>7. SI ME COMUNICO CON MI SUPERVISOR Y MI JEFE INMEDIATO FRENTE A CUALQUIER NOVEDAD CON MI CONTRATO QUE AFECTE EL CUMPLIMIENTO DE SUS OBLIGACIONES.<br>8. ATENDER A LOS USUARIOS INTERNOS Y EXTERNOS CON ACTITUD DE SERVICIO Y DE MANERA HUMANA, EFICAZ, CALIDA Y RESPETUOSA.<br>9. REALIZO SOCIALIZACIO Y CAPACITACIONES AL PERSONAL DEL SERVICIO PARA EL DESARROLLO Y FORMACION DEL RECURSO HUMANO EN SALUD, CUANDO SEA NECESARIO.<br>10. CUMPLO CON MI PROGRAMACION MENSUAL DE ACTIVIDADES.<br>11. NOTIFICO LOS SUCESOS DE SEGURIDAD QUE SE PRESENTEN EN EL SERVICIO, PARTICIPAR EN LOS ANALISIS DE CASO RELACIONADOS CON EL SUCESO Y EN LOS QUE ME CONVOQUEN, E IMPLEMENTAR LAS ACCIONES DE MEJORA DEFINIDAS PARA EL SERVICIO, RESULTADO DEL ANALISIS REALIZADO.<br>12. EMITO CONCEPTOS DE CONFORMIDAD EN MIS ACTIVIDADES PROFESIONALES.<br>13. ENTREGO DE MANERA OPORTUNA, Y CONFORME A LOS TIEMPOS ESTABLECIDOS, EL PAGO DE LOS APORTES QUE REALIZO AL SISTEMA DE SEGURIDAD SOCIAL Y PARAFISCALES DURANTE LA VIGENCIA MI CONTRATO, SE QUE ES UN REQUISITO INDISPENSABLE PARA GENERAR CADA PAGO A MI FAVOR, ANEXANDO LA PLANILLA DE PAGO DE APORTES AL SISTEMA INTEGRAL DE SEGURIDAD SOCIAL QUE COMPRENDE SALUD Y PENSION<br>14. CUSTODIO Y RESPONDOR POR LOS ELEMENTOS QUE ME ENTREGAN PARA REALIZAR LAS ACTIVIDADES QUE ME SON ASIGNADAS.<br>15. ANTES DE MI INGRESO AL AREA QUIRURGICA SIEMPRE PORTO EL VESTIDO QUIRURGICO COMPLETO Y DE FORMA CORRECTA COMO APARECE EN EL PROTOCOLO INSTITUCIONAL.<br>16. VERIFICO LA PROGRAMACION QUIRURGICA DEL QUIROFANO AL QUE FUI ASIGNADA, CON EL PROPOSITO DE DAR CUMPLIMIENTO A LA PROGRAMACION.<br>17. SOLICITO Y REGISTRO EL INSTRUMENTAL QUIRURGICO, DISPOSITIVOS MEDICOS, Y MATERIAL NECESARIO A LA CENTRAL DE ESTERILIZACION PARA CADA PROCEDIMIENTO.<br>18. SOLICITO A LA FARMACIA LAS SUTURAS Y DISPOSITIVOS MEDICOS NECESARIOS PARA REALIZAR EL PROCEDIMIENTO QUIRURGICO Y DEVUELVO EL MATERIAL QUE NO UTILIZO A LA FARMACIA NUEVAMENTE.<br>19. REALIZO LA LIMPIEZA Y DESINFECCION DEL CARRO DE TRANSPORTE CORRESPONDIENTE DEL MATERIAL SUCIO Y DEL MATERIAL ESTERIL AL INICIAR LA JORNADA, PARA PODER REALIZAR LOS TRASLADOS DEL MATERIAL ESTERIL Y DEL |

| | |
|---|---|
| 1 | MATERIAL CONTAMINADO POR CADA PROCEDIMIENTO.<br>20. SIEMPRE RESPONDO A LA LISTA DE CHEQUEO DE CIRUGIA SEGURA, INFORMO TODA NOVEDAD QUE SALGA CON LOS EQUIPOS O METARILA ESTERIL Y FINALIZADO EL PROCEDIMIENTO FIRMO. |
| 2 | 21. ME PRESENTO AL PACIENTE E LE DIGO QUE SOY LA INSTRUMENTADORA QUIRURGICA QUE VA ESTAR EN SU CIRUGIA, ANTES DE DAR INICIO AL PROCEDIMIENTO.<br>22. ESTOY PENDIENDE DE LA ASEPSIA Y ANTISEPSIA DENTRO DEL PROCEDIMIENTO QUIRURGICO ASI COMO POR LA GARANTIA DE CONSERVACION DE ESTERILIDAD DEL INSTRUMENTAL Y EQUIPOS UTILIZADOS EN SALAS DE CIRUGIA.<br>23. VERIFICO EL VIRAJE DE LOS INDICADORES QUIMICOS ANTES DE INICIAR EL PROCEDIMIENTO, EN CASO DE NO SER ACEPTABLES, DEVUELVO Y REPORTO A LA CENTRAL DE ESTERILIZACION<br>24. REVISO EL CONTENIDO DE CADA EQUIPO Y EL ESTADO DEL MISMO ANTES DE INICIAR EL PROCEDIMIENTO. EN CASO DE ENCONTRAR ALGUN FALTANTE O EN MAL ESTADO INFORMOR INMEDIATAMENTE A LA CENTRAL DE ESTERILIZACION, POR MEDIO DEL CIRCULANTE DE ENFERMERIA, CONSERVANDO EL ROTULO DE MARCADO PROVENIENTE DE LA CENTRAL.<br>25. CUENTO EN VOZ ALTA EN CONJUNTO CON EL AUXILIAR EL MATERIAL MEDICO QUIRURGICO QUE VA A SER UTILIZADO DURANTE EL PROCEDIMIENTO, TALES COMO: GASAS, COMPRESAS, AGUJAS DE SUTURAS, COTONOIDES Y DEMAS DISPOSITIVOS ANTES DE DAR INICIO AL PROCEDIMIENTO QUIRURGICO E INFORMAR EN VOZ ALTA AL AUXILIAR DE ENFERMERIA CIRCULANTE DE SALA PARA QUE LO REGISTRE EN LA HOJA DE VERIFICACION DE SEGURIDAD.<br>26. DURANTE EL PROCEDIMIENTO INFORMAR DEL CONTEO DE MATERIAL MEDICO QUIRURGICO, QUE SE VAYA RECIBIENDO CON EL FIN DE REGISTRARLO EN LA HOJA DE SEGURIDAD, SUMARLO Y CONTARLO AL FINAL DEL PROCEDIMIENTO.<br>29. PARTICIPO ACTIVAMENTE DURANTE PROCEDIMIENTO QUIRURGICO.<br>28. CUENTO EN CONJUNTO CON EL AUXILIAR CIRCULANTE DE SALA EL INSTRUMENTAL QUIRURGICO, COMPRESAS, GASAS, COTONOIDES, AGUJAS Y TODO EL MATERIAL QUIRURGICO UTILIZADO EN CAVIDAD, ANTES DEL CIERRE DE LA CAVIDAD.<br>30. INFORMO AL CIRUJANO TRATANTE EL RESULTADO DEL RECUENTO PARA PODER REALIZAR EL CIERRE DE CAVIDAD. Y UNA VEZ TERMINADO EL PROCEDIMIENTO, VERIFICO EL REGISTRO DE LA INFORMACION EN LA HOJA DE SEGURIDAD, ANTES DE FIRMAR. ENTREGO LAS PIEZAS ANATOMOPATOLOGICAS AL AUXILIAR DE ENFERMERIA DE LA SALA PARA SU DEBIDO ENVIO A ESTUDIO, INFORMANDO EN VOZ ALTA EL NOMBRE DE LA MUESTRA, MEDIO DE PRESERVACION Y EL DESTINO DE LA MUESTRA. POSTERIORMENTE, VERIFIQUE EL CORRECTO REGISTRO EN LA HOJA DE VERIFICACION.<br>31. TERMINADO EL PROCEDIMIENTO QUIRURGICO RECOJO TODO EL INSTRUMENTAL Y DISPOSITIVOS MEDICOS, LOS COLOCO EN EL CONTENEDOR DE TRANSPORTE DE MATERIAL CONTAMINADO, ABRIR LAS PINZAS CON EXCEPCION DE LAS PINZAS DE CAMPO Y APLICO EL DETERGENTE ENZIMATICO Y TAPO EL CONTENEDOR.<br>32. TRASLADO EL CONTENEDOR DEL INSTRUMENTAL QUIRURGICO EN EL CARRO DE TRANSPORTE DE MATERIAL CONTAMINADO Y LOENTREGO EN EL AREA DE RECEPCION DE LA CENTRAL DE ESTERILIZACION, ESPERO A QUE EL AUXILIAR DEL SERVICIO DE ESTERILIZACION REALICE EL CONTEO RESPECTIVO Y REGISTRO EN EL LIBRO CORRESPONDIENTE DE LA CENTRAL DE ESTERILIZACION TODOS LOS EQUIPOS Y MATERIALES ENTREGADOS PARA REPROCESAR.<br>33. REGISTRO EN LA HOJA DE GASTOS DE FARMACIA LOS ELEMENTOS UTILIZADOS EN EL PROCEDIMIENTO QUIRURGICO.<br>34. ELABORO POR SISTEMA LA HOJA DE GASTOS DE MATERIAL ESPECIALIZADO CUANDO HAYA LUGAR.<br>35. REPORTO LOS EVENTOS DE SEGURIDAD QUE SE PRESENTEN DURANTE EL PROCEDIMIENTO QUIRURGICO O RELACIONADOS A LA ATENCION DEL PACIENTE, AUN CUANDO NO SE ENCUENTRE DIRECTAMENTE INVOLUCRADO EL INSTRUMENTADOR QUIRURGICO.<br>36. CUMPLO CON EL PROTOCOLO INSTITUCIONAL DE COMPORTAMIENTO EN QUIROFANO. |
| | 37. ADICIONAL ESTOY ASIGNADA AL SERVICIO DE ESTERILIZACION Y REALIZO LAS SIGUIENTES ACTIVIDADES:<br>1. VELOR POR LA ESTERILIZACION DEL INSTRUMENTAL Y EQUIPOS NECESARIOS EN SALAS DE CIRUGIA Y OTROS SERVICIOS QUE REQUIEREN MATERIAL ESTERIL.<br>2. GARANTIZOR EL SUMINISTRO DE MATERIAL MEDICO QUIRURGICO QUE REQUIERE PROCESO DE ESTERILIZACION A TODA LA UNIDAD DE SERVICIOS DE SALUD.<br>3. APOYOR EL CUMPLIMIENTO DE LAS NORMAS DEL SISTEMA OBLIGATORIO DE GARANTIA DE LA CALIDAD SEGUN REQUERIMIENTOS DE LA NORMATIVIDAD VIGENTE.<br>4. DISPONGO DE LOS MEDIOS Y MECANISMOS NECESARIOS PARA PROVEER UNA RAPIDA SOLUCION DE LOS POSIBLES INCONVENIENTES DENTRO DEL AREA DE ESTERILIZACION.<br>5. REPORTA A LA CASA DE ORTOPEDIA CADA VEZ QUE SE USA EL STOPCK PARA SU REPOSISCION Y DEJARLO AL DIA<br>6. ASEGURO LA IDONEIDAD DEL PERSONAL QUE LABORA DENTRO DE LA CENTRAL DE ESTERILIZACION YSE LLEVAN CONDICIONES DE TRABAJO SEGURAS PARA EL MISMO EN LA CENTRAL DE ESTERILIZACION.<br>7. COLABO EN LA ELABORACION DE PROGRAMAS DE CAPACITACION CONTINUA PARA EL PERSONAL DEL SERVICIO.<br>8. GARANTIZO QUE SE CUMPLA CON TODOS LOS PROCEDIMIENTOS ESTABLECIDOS PARA SUMINISTRAR EQUIPOS Y DISPOSITIVOS MEDICOS ESTERILES EN LA UNIDAD.<br>9. REVISO Y CONTROLO PERIODICAMENTE EL ALMACENAMIENTO DE DISPOSITIVOS MEDICOS ESTERILES EN CADA UNO DE LOS SERVICIOS DE LA UNIDAD DE SERVICIOS DE SALUD.<br>10. EVALUO LA CALIDAD DEL MATERIAL MEDICO QUIRURGICO QUE SE UTILIZA EN EL SERVICIO Y CALCULO LA CANTIDAD DE USO DEL MISMO.<br>11. SOLICITO LOS MANTENIMIENTOS PREVENTIVOS Y CORRECTIVOS NECESARIOS DENTRO DEL AREA.<br>12. VERIFICO Y CONTROLO EL INVENTARIO DE EQUIPOS E INSTRUMENTAL REUSABLE ASIGNADOS AL SERVICIO DE ESTERILIZACION.<br>13. PARTICIPOEN LA ELABORACION DE DOCUMENTOS RELACIONADOS A PROCESOS, MANUALES, GUIAS DE |

| | |
|---|---|
| 3 | PROCEDIMIENTO Y PROTOCOLOS RELACIONADOS CON LA PRESTACION DEL SERVICIO DE ESTERILIZACION.<br>14. REPORTO LOS EVENTOS DE SEGURIDAD QUE SE PRESENTEN DURANTE EL PROCESO DE ESTERILIZACION Y/O RELACIONADOS A ATENCION DEL PACIENTE AUN CUANDO NO SE ENCUENTRE RELACIONADO AL PROCESO DE ESTERILIZACION. |

**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° 1081273620 | OPERADOR: | SIMPLE |

| CONCEPTO DEL PAGO | ENTIDAD | FECHA DE PAGO | VALOR PAGADO |
|---|---|---|---|
| SALUD: | SANITAS | 2026/04/14 | $ 245.300 |
| PENSIÓN: | COLPENSIONES | 2026/04/14 | $ 314.000 |
| RIESGOS LABORALES: | SEGUROS BOLIVAR | 2026/04/14 | $ 47.800 |
| OTRO | | | |
| TOTAL PAGADO | | | $ 607.100 |

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** | *YEIMY KARINA MARTINEZ HURTADO*<br>*PS_1477_2026_CE0BE4*<br>**YEIMY KARINA MARTINEZ HURTADO**<br>**CC: 52447665** |
| **FIRMA DE QUIEN VALIDA** | *DEISY YANETH HENAO VILLALOBOS*<br>*PS_1477_2026_CE0BE4*<br>**DEISY YANETH HENAO VILLALOBOS**<br>**SUPERVISOR ALTERNO** |

| | |
|---|---|
| **FIRMA DE QUIEN CONVALIDA EL CUMPLIMIENTO DE LAS OBLIGACIONES PARA EL PRESENTE PERIODO DE PAGO** | *SAUL ARDILA DURAN*<br>*PS_1477_2026_CE0BE4*<br>**SAUL ARDILA DURAN**<br>**SUPERVISOR DEL CONTRATO** |