**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:** | **INGRID CAROLINA GARZON DE CASTELLANOS** | | | **CC:** | **52478826** |
| **CORREO ELECTRÓNICO:** | **CAROLINAGARZONM@GMAIL.COM** | | | **TELÉFONO:** | **3104550625** |
| **DIRECCIÓN DOMICILIO:** | **CL 50A # 80D 31** | | | **CIUDAD:** | **BOGOTA** |
| **BANCO AL CUAL CONSIGNAR:** | **BANCO DE BOGOTA** | **TIPO DE CUENTA:** | **AHORROS** | **N° CUENTA:** | **102617685** |
| **DATOS DEL CONTRATO O ADICION Y PERIODO OBJETO DE PAGO** | | | | | |
| **Nº DEL CONTRATO:** | **PS 3116 2026** | **VALOR CORRESPONDIENTE AL PERIODO OBJETO DE COBRO** | | | **$ 6.848.000** |
| **FECHA DE INICIO CONTRATO** | **2026/02/04** | **FECHA DE TERMINACIÓN CONTRATO:** | | | **2026/05/31** |
| **PERIODO OBJETO DE COBRO:** | **DEL 2026/04/01 AL 2026/04/30** | | | | |

*INGRID CAROLINA GARZON DE CASTELLANOS*
*PS_3116_2026_D3EA2F*

**NOMBRE Y FIRMA DEL CONTRATISTA:**
**INGRID CAROLINA GARZON DE CASTELLANOS**
**CC: 52478826**
**CEL: 3104550625**

| | | |
|---|---|---|
| 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** | | | |
| **INGRID CAROLINA GARZON DE CASTELLANOS** | | | |
| | **CON C.C N°** | **52.478.826** | |
| **OBJETO DEL CONTRATO:** | PRESTAR SERVICIOS COMO PROFESIONAL ESPECIALIZADO V 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 3116 2026** | **FECHA INICIO CONTRATO** | **2026/02/04** |
| **VALOR INICIAL DEL CONTRATO** | $ 27.392.000 | **No. HORAS EJECUTADAS** | **0** |
| **VALOR TOTAL DEL CONTRATO INCLUIDO ADICIONES:** | $ 27.392.000 | **VALOR DE HONORARIOS PERÍODO A CERTIFICAR:** | $ 6.848.000 |
| **PLAZO DEL CONTRATO INCLUYENDO PRORROGAS** | CUATRO ( 4 ) MESES | | |
| **UNIDAD FUNCIONAL DE EJECUCIÓN DE ACTIVIDADES:** | HOSPITAL SANTA CLARA | | |
| **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 | 1. Cumplir las funciones en un Servicio Asistencial de complejidad II y III Gastroenterología, que se presta de manera transversal en las 4 unidades de mayor complejidad de la Subred UMHES Santa Clara, San Blas, La Victoria y Jorge Eliecer Gaitán. 2. Conocer las funciones y actividades de un Auxiliar de Enfermería de Gastroenterología. 3. Coordinar, programar y realizar seguimientos de las actividades realizadas por las Auxiliares de Enfermería de Gastroenterología, en las unidades de funcionamiento. 4. Conocer la ruta, los tramites y gestión de una orden de procedimientos. 5. Conocer y gestionar los requisitos previos de programación, la preparación de los pacientes, la facturación y cargos de insumos consumidos en los procedimientos Endoscópicos. 6. Verificar de manera directa el proceso de limpieza, desinfección, depósito y cuidado de los equipos endoscópicos bajo el protocolo de trabajo (Reprocesamiento de equipos). 7. Conocer, guiar y vigilar el cumplimiento del proceso y direccionamiento adecuado de las biopsias digestivas. 8. Conocer los insumos y equipos medico quirúrgicos del servicio para realizar inventarios, pedidos y evaluaciones técnicas necesarios para el funcionamiento del servicio de Gastroenterología en las unidades de funcionamiento. 9. Informar al equipo de salud, a los profesionales, referentes, supervisores, o jefes inmediatos, sobre condiciones de los pacientes, la infraestructura, los equipos o cualquier otra situación de alerta que pueda afectar la seguridad de los pacientes o al personal de trabajo. 10. Realizar oportunamente el pedido de medicamentos requeridos para la atención oportuna de los pacientes. 11. Elaboración de cronogramas, cuadros de actividades y disponibilidades de Especialistas y Enfermería correspondiente a cada mes. 12. Programación y envió mensual de agendas para apertura de Procedimientos ambulatorios y consulta externa del servicio. 13.Verificación, montaje, entrega y subsanación mensual de glosas de cuentas medicas por pagar de cada Especialista del Servicio. 14. Verificar el cumplimiento del personal de protocolos, guías y demás instrumentos institucionales. 15. Conocer, vigilar y dar cumplimiento a todas las normas de bioseguridad. 16. Asistir a las diferentes programaciones de capacitaciones y evaluaciones de los procesos y guías establecidos por la institución. 17. Apoyar el proceso de consolidación, seguimiento y evaluación, de los indicadores de gestión y calidad. 18. Apoyar la programación y seguimiento de programas de promoción y prevención que se ejecutan en la Subred. 19. Apoyar en la información requerida para asistencia a los diferentes comités institucionales. 20. Demás que le sean asignadas por el Supervisor. Contenidas en el formato de necesidad de personal que hace parte integral del presente 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° 8373597030 | OPERADOR: | MI PLANILLA |
|---|---|---|---|

| CONCEPTO DEL PAGO | ENTIDAD | FECHA DE PAGO | VALOR PAGADO |
|---|---|---|---|
| SALUD: | SURA | 2026/04/07 | $ 342.500 |
| PENSIÓN: | COLPENSIONES | 2026/04/07 | $ 438.400 |
| RIESGOS LABORALES: | SEGUROS BOLIVAR | 2026/04/07 | $ 66.800 |
| OTRO | | | |
| TOTAL PAGADO | | | $ 847.700 |

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** | *INGRID CAROLINA GARZON DE CASTELLANOS*<br>*PS_3116_2026_D3EA2F*<br>**INGRID CAROLINA GARZON DE CASTELLANOS**<br>**CC: 52478826** |
| **FIRMA DE QUIEN VALIDA** | *DEISY YANETH HENAO VILLALOBOS*<br>*PS_3116_2026_D3EA2F*<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_3116_2026_D3EA2F*<br>**SAUL ARDILA DURAN**<br>**SUPERVISOR DEL CONTRATO** |

Compensar operador de información certifica que procesó el pago realizado por:

**Señor(a):** INGRID CAROLINA GARZON MERCHAN
**No. Identificación:** CC52478826
**Dirección:** CALLE 50 A SUR NO. 80 D- 35
**Telefono:** 4519297
**Correo:** CAROLINAGARZONM@GMAIL.COM
**Ciudad:** BOGOTÁ, D.C.
**Número de Planilla:** 8373597030

CITE EL NÚMERO DE PLANILLA PARA CUALQUIER CONSULTA DE PAGO

| | |
|---|---|
| **Nombre Aportante** | INGRID CAROLINA GARZON MERCHAN |
| **Tipo y número de identificación** | CC52478826 |
| **Número de planilla** | 8373597030 |
| **Fecha pago** | 2026-04-07 |
| **Número de autorización pago** | 32605972 |
| **Banco** | 1023 |

| | |
|---|---|
| **Número de Empleados** | 1 |
| **Periodo de Cotización Salud** | marzo de 2026 |
| **Periodo de Cotización Pensión** | marzo de 2026 |
| **Número de Administradoras** | 4 |
| **Total Pagado** | 864200 |
| **Total Intereses de Mora** | 0 |

PAGADA

| CÓDIGO ADMINISTRADORA | NOMBRE | TOTAL PAGADO | NÚMERO DE AFILIADOS |
|---|---|---|---|
| 14-7 | Cia. de Seguros Bolivar S.A. | 66800 | 1 |
| 25-14 | Administradora Colombiana de Pensiones - Colpensiones | 438400 | 1 |
| CCF24 | Compensar Caja de Compensacion Fliar | 16500 | 1 |
| EPS010 | EPS Sura | 342500 | 1 |

8373597030

TIPO DOC.: CC
NO. DOCUMENTO: 52478826
APELLIDOS Y NOMBRES: INGRID CAROLINA GARZON MERCHAN

| Cód. EPS | Cód. AFP | IBC SALUD | IBC PENSIÓN | IBC RIESGOS | IBC CAJAS | COTIZACIÓN SALUD | VALOR UPC | COTIZACIÓN PENSIÓN | FONDO SOLIDARIDAD Y SUBSISTENCIA | COTIZACIÓN RIESGOS | APORTE CAJAS |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| EPS010 | 25-14 | 2740000 | 2740000 | 2740000 | 2740000 | 342500 | 0 | 438400 | 0 | 66800 | 16500 |

Este documento está clasificado como PRIVADO por parte de Compensar Operador de Información

1 Información general
2 Condiciones
3 Bienes y servicios
4 Documentos del Proveedor
5 Documentos del contrato
6 Información presupuestal
7 Ejecución del Contrato
8 Modificaciones del Contrato
9 Incumplimientos

Datos guardados

Cancelar

< Evaluación de la Entidad Estatal >

VER CONTRATO

## Ejecución del Contrato

Porcentaje Recepción de artículos

## Plan de Pagos

¿Se requieren emisiones de códigos de autorización? Si No

| Id de pago | Número de factura | Fecha de emisión | Fecha de recepción | Valor total de la factura | Estado |
|---|---|---|---|---|---|

*No existen resultados que cumplan con los criterios de búsqueda especificados*

Crear

## Documentos de ejecución del contrato

| | Descripción | Nombre del archivo | Cargado por | | |
|---|---|---|---|---|---|
| | 1. PS 3116 2026 CUENTA COBRO ENERO 2026.pdf (Archivado) | 1. PS 3116 2026 CUENTA COBRO ENERO 2026.pdf | Proveedor | Descargar | Detalle |
| ☐ | 1 PS 3116 2026 CRP -10504.pdf | 1 PS 3116 2026 CRP -10504.pdf | Comprador | Descargar | Detalle |
| ☐ | 1. PS 3116 2026 CUENTA DE COBRO FEBRERO 2026.pdf | 1. PS 3116 2026 CUENTA DE COBRO FEBRERO 2026.pdf | Proveedor | Descargar | Detalle |
| ☐ | 2. PS 3116 2026 CUENTA DE COBRO MARZO 2026.pdf | 2. PS 3116 2026 CUENTA DE COBRO MARZO 2026.pdf | Proveedor | Descargar | Detalle |

Borrar Cargar nuevo

Cancelar

< Evaluación de la Entidad Estatal >

Datos guardados