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: (30-06-2026)					
NOMBRES Y APELLIDOS:	**KAREN LORENA LLAMUCA DUEÑAS**			**CC:**	**1022446018**
CORREO ELECTRÓNICO:	**KAREN.LLAMUCA.904@GMAIL.COM**			**TELÉFONO:**	**3196802601**
DIRECCIÓN DOMICILIO:	**KR 11 ESTE 30A 23**			**CIUDAD:**	**BOGOTA**
BANCO AL CUAL CONSIGNAR:	**BANCOLOMBIA**	**TIPO DE CUENTA:**	**AHORROS**	**N° CUENTA:**	**91288042204**
DATOS DEL CONTRATO O ADICION Y PERIODO OBJETO DE PAGO					
Nº DEL CONTRATO:	**PS 4264 2026**	**VALOR CORRESPONDIENTE AL PERIODO OBJETO DE COBRO**			**$ 1.729.200**
FECHA DE INICIO CONTRATO	**2026/06/10**	**FECHA DE TERMINACIÓN CONTRATO:**			**2026/07/31**
PERIODO OBJETO DE COBRO:	**DEL 2026/06/12 AL 2026/06/30**				

KAREN LORENA LLAMUCA DUEÑAS
PS_4264_2026_57BC27

NOMBRE Y FIRMA DEL CONTRATISTA:
KAREN LORENA LLAMUCA DUEÑAS
CC: 1022446018
CEL: 3196802601

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			
KAREN LORENA LLAMUCA DUEÑAS			
	CON C.C N°	**1.022.446.018**	
OBJETO DEL CONTRATO:	PRESTAR SERVICIOS COMO AUXILIAR DE ENFERMERIA PARA DESARROLLAR ACTIVIDADES EN LA DIRECCION DE SERVICIOS URGENCIAS ENFERMERIA DE LA SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E.		
CONTRATO DE PRESTACION DE SERVICIOS PROFESIONALES No.	**PS 4264 2026**	**FECHA INICIO CONTRATO**	**2026/06/10**
VALOR INICIAL DEL CONTRATO	$ 1.705.620	**No. HORAS EJECUTADAS**	**132**
VALOR TOTAL DEL CONTRATO INCLUIDO ADICIONES:	$ 6.421.620	**VALOR DE HONORARIOS PERÍODO A CERTIFICAR:**	$ 1.729.200
PLAZO DEL CONTRATO INCLUYENDO PRORROGAS	DOS (2) MESES		
UNIDAD FUNCIONAL DE EJECUCIÓN DE ACTIVIDADES:	HOSPITAL SANTA CLARA		
NOMBRE DEL SUPERVISOR:	NATALY DUQUE SALAZAR		

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.Se ejecutaron las actividades de acuerdocon la función de auxiliar de enfermería; 2. Se realizaron actividades propias del cuidadode enfermeríacumpliendolos protocolos institucionalesypreviniendoaccionesinsegurasenlaprestacióndeserviciosdesalud (reciboyentregade turno,actividadesdeenfermeríay demás actividadesderivadasdel proceso de enfermería); 3. Se notificaron inmediatamente las acciones inseguras ocurridasa lospacientesa cargo, almédicode turno, jefe inmediatoy en el sistema de reporte de seguridad del paciente; 4. Se informó a la enfermera jefe del servicio y al médico tratante sobre los cambios en el estado clínico de los pacientes en forma oportuna y adecuada; 5. Se revisó la historia clínica de los pacientes asignados, conociendo su evolución diaria y plan de manejo para ejecutar el plan de cuidado de enfermería integral planteadoporla enfermera; 6. Sediligenciaron los registros de las atenciones,procedimientos,actividadeseintervencionesrealizadas;7.Se cumplieron las normas institucionales de bioseguridad, vigilancia epidemiológica, gestión ambiental,saludocupacionalydemáspolíticasinstitucionales;8.Serespondióporlos inventarios,realizandocontrol,conservaciónyusoadecuadodelosequipos,elementos e insumos, así como el cuidado de la infraestructura del servicio y/o área donde se desarrollaron las actividades; 9. Se ofreció trato con calidez y calidad al paciente y la familia, brindando atención humanizada y respetando la dignidad humana según la políticainstitucionaldehumanización;10.Semantuvolareservayconfidencialidad de la información clínica y personal de los pacientes,dando cumplimiento a la Resolución 1995 y al manual de manejo de historia clínica establecido por la institución; 11. Se realizaron asesoríaspretest y pruebas rápidas en losdiferentes servicios intramurales según solicitudes,generandoel respectivo registroen la historia clínica; 15. Se portó el carné institucionaldelaSubred IntegradadeServiciosdeSaludCentroOrientedurante la ejecución de las actividades contractuales; 16. Se solicitó, alistó, entregó, custodió y retornó, con el respectivo proceso de limpieza, el instrumental según el área correspondiente, teniendo en cuenta el manual de la central de esterilización institucional; 18. Se cumplieronlas actividades propiasdel servicioy las asignaciones realizadas por la enfermera coordinadora, incluyendo apoyo e instrumentación de procedimientos menores en consultorio, traslado y entrega de muestras depatología; 19. Se realizó la recepción, custodia y entrega oportuna de las historias clínicas de contingencia y formatos físicos que hacen parte de la historia clínica al archivo de gestión documental, efectuando el registro en el formato correspondiente; 20. Se apoyaron actividades relacionadas con elprocesode acreditación y habilitación de la Subred IntegradadeServiciosdeSaludCentroOrienteE.S.E.;21. Seorganizóel servicio y se realizó el alistamiento de áreas con la dotación necesaria, manteniéndolas ordenadas parafacilitarla prestación deun servicioadecuadoy oportuno; 23. Se veló

1	por el cuidado y aprovechamiento de los suministros y existencias de insumos de los pacientes en el servicio; 25. Se diligenciaron de forma adecuada los formatos establecidos para el control del servicio,tales comolimpieza y desinfección, control de temperatura y humedad del carro de paro, temperatura de las neveras y del servicio o área; 26. Se dio cumplimiento a lo establecido en las normas y protocolos institucionales en cuanto al uso del uniforme y elementos de protección dentro de las áreas asignadas; 27. Se asistió a jornadas de capacitación, reuniones y eventos presentados en el servicio y en la institución de acuerdo con las actividades contractuales; 28. Se realizó acompañamiento al profesional de enfermería en la revisiónmensualdel carrodeparo;29. Se realizóregistroenel sistema de información institucionalde la atención brindada a los pacientes a cargo;30. Se realizóla solicitud y elrespectivodescargue enel sistemade informaciónde losinsumosnecesarios parala atención de los pacientes, así como la devolución de los insumos solicitados y no utilizados; 31. Sebrindó educacióne información al paciente y cuidadores respecto al cuidado general y normas institucionales; 32. Se cumplió con los protocolos y demás lineamientos institucionalesaplicables a la ejecución de las actividades contractuales, incluyendo reciboy entrega de turno,prevención de caídas,prevención de lesiones de pielydemásestablecidos.

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 (2026-06-12) AL (2026-06-30)

IV. INFORMACIÓN DE APORTES A SEGURIDAD SOCIAL

No. DE PLANILLA:	N°	OPERADOR:	
CONCEPTO DEL PAGO	ENTIDAD	FECHA DE PAGO	VALOR PAGADO
SALUD:	SANITAS		$ 0
PENSIÓN:	PROTECCION		$ 0
RIESGOS LABORALES:	SURA		$ 0
OTRO			
TOTAL PAGADO			$ 0

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	*KAREN LORENA LLAMUCA DUEÑAS* *PS_4264_2026_57BC27* **KAREN LORENA LLAMUCA DUEÑAS** **CC: 1022446018**

FIRMA DE QUIEN VALIDA	*ANA CELIA GARCIA GARCIA* *PS_4264_2026_57BC27* **ANA CELIA GARCIA GARCIA** **SUPERVISOR ALTERNO**
FIRMA DE QUIEN CONVALIDA EL CUMPLIMIENTO DE LAS OBLIGACIONES PARA EL PRESENTE PERIODO DE PAGO	*NATALY DUQUE SALAZAR* *PS_4264_2026_57BC27* **NATALY DUQUE SALAZAR** **SUPERVISOR DEL CONTRATO**