



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:	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					
N° 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:			2026/07/31
PERIODO OBJETO DE COBRO:	DEL 2026/06/01 AL 2026/06/30				


INGRID CAROLINA GARZON DE CASTELLANOS
PS_3116_2026_3F31E5

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



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
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:	\$ 41.088.000	VALOR DE HONORARIOS PERÍODO A CERTIFICAR:	\$ 6.848.000
PLAZO DEL CONTRATO INCLUYENDO PRORROGAS	SEIS (6) 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 (Deben ser coherentes con las obligaciones específicas del contrato realizadas durante el mes)
1	1.Desarrolló las actividades que se generaron directa e indirectamente del objeto contractual en las unidades de prestación de servicios asignadas, de acuerdo con la programación de actividades. 2.Cumplió las funciones en un servicio asistencial de complejidad II y III en la Unidad de Gastroenterología, prestando apoyo de manera transversal en los cuatro hospitales de mayor complejidad de la Subred: Santa Clara, San Blas, La Victoria y Jorge Eliécer Gaitán. 3.Conoció las funciones y actividades propias del auxiliar de enfermería de Gastroenterología para coordinar, programar y realizar seguimiento a las actividades ejecutadas por el personal auxiliar de enfermería en las diferentes unidades de funcionamiento. 4.Apoyó la supervisión y el seguimiento de los contratos celebrados por la Subred, cuando hubo lugar a ello. 5.Conoció la ruta, los trámites y la gestión de las órdenes de procedimientos. 6.Vigiló el cumplimiento y verificó los requisitos, trámites y la gestión de las órdenes de procedimientos, desde su autorización hasta su ejecución. 7.Conoció y gestionó los requisitos previos para la programación, la preparación de los pacientes, la facturación y el registro de los cargos correspondientes a los insumos consumidos durante los procedimientos endoscópicos. 8.Verificó de manera directa el proceso de limpieza, desinfección, almacenamiento y cuidado de los equipos endoscópicos, de conformidad con el protocolo institucional de reprocesamiento. 9.Conoció, orientó y vigiló el cumplimiento del proceso y el direccionamiento adecuado de las biopsias digestivas. 10.Conoció los insumos y equipos médico-quirúrgicos del servicio para realizar inventarios, pedidos y evaluaciones técnicas requeridas para el adecuado funcionamiento del servicio de Gastroenterología en las unidades de funcionamiento. 11.Sirvió como enlace técnico entre las unidades para la programación, autorización, traslado y ejecución de los procedimientos endoscópicos, especialmente en lo relacionado con las PRES y disponibilidades. 12.Informó oportunamente al equipo de salud, profesionales, referentes, supervisores o jefes inmediatos sobre las condiciones de los pacientes, la infraestructura, los equipos y cualquier otra situación de alerta que pudiera afectar la seguridad de los pacientes o del personal. 13.Realizó oportunamente los pedidos de medicamentos requeridos para garantizar la atención oportuna de los pacientes. 14.Elaboró y socializó los cronogramas, cuadros de actividades y disponibilidades de especialistas y personal de enfermería correspondientes a cada mes. 15.Programó y envió mensualmente las agendas para la apertura de procedimientos ambulatorios y consulta externa del servicio. 16.Verificó, consolidó, entregó y gestionó la subsanación mensual de las glosas correspondientes a las cuentas médicas por pagar de cada especialista del servicio. 17.Elaboró y envió los informes mensuales relacionados con indicadores de actividades, bioseguridad y demás reportes solicitados. 18.Verificó el cumplimiento por parte del personal de los protocolos, guías y demás instrumentos institucionales. 19.Conoció, vigiló y dio cumplimiento a todas las normas de bioseguridad establecidas por la institución. 20.Asistió a las diferentes capacitaciones y evaluaciones relacionadas con los procesos y guías institucionales. 21.Apoyó el proceso de consolidación, seguimiento y evaluación de los indicadores de gestión y calidad. 22.Apoyó la programación y el seguimiento de los programas de promoción y prevención ejecutados por la Subred. 23.Apoyó la recopilación y suministro de la información requerida para la participación en los diferentes comités institucionales. 24.Apoyó la preparación y atención de las auditorías realizadas por los diferentes organismos de control. 25.Ejecutó las demás actividades asignadas por el supervisor, de conformidad con el formato de necesidad de personal que hace parte integral 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 (2026-06-01) AL (2026-06-30)

IV. INFORMACIÓN DE APORTES A SEGURIDAD SOCIAL

No. DE PLANILLA:	N° 8381737789	OPERADOR:	MI PLANILLA
CONCEPTO DEL PAGO	ENTIDAD	FECHA DE PAGO	VALOR PAGADO
SALUD:	SURA	2026/05/12	\$ 342.500
PENSIÓN:	COLPENSIONES	2026/05/12	\$ 438.400
RIESGOS LABORALES:	SEGUROS BOLIVAR	2026/05/12	\$ 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 ningún caso el IBC sea menor a 1 SMMLV (de ser el primer pago adjunto certificaciones de afiliación a eps, arl, pensión, 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 PS_3116_2026_3F31E5 INGRID CAROLINA GARZON DE CASTELLANOS CC: 52478826
FIRMA DE QUIEN VALIDA	 DEISY YANETH HENAO VILLALOBOS PS_3116_2026_3F31E5 DEISY YANETH HENAO VILLALOBOS SUPERVISOR ALTERNO
FIRMA DE QUIEN CONVALIDA EL CUMPLIMIENTO DE LAS OBLIGACIONES PARA EL PRESENTE PERIODO DE PAGO	 SAUL ARDILA DURAN PS_3116_2026_3F31E5 SAUL ARDILA DURAN 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: 8390039667

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	8390039667
Fecha pago	2026-07-10
Número de autorización pago	15306675
Banco	1023

Número de Empleados	1
Periodo de Cotización Salud	junio de 2026
Periodo de Cotización Pensión	junio de 2026
Número de Administradoras	4
Total Pagado	866300
Total Intereses de Mora	2100

CÓDIGO ADMINISTRADORA	NOMBRE	TOTAL PAGADO	NÚMERO DE AFILIADOS
14-7	Cia. de Seguros Bolivar S.A.	67000	1
25-14	Administradora Colombiana de Pensiones - Colpensiones	439400	1
CCF24	Compensar Caja de Compensación Fliar	16600	1
EPS010	EPS Sura	343300	1

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