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:	**RUTH NELLY CUEVAS SEPULVEDA**			**CC:**	**51905562**
CORREO ELECTRÓNICO:	**CUEVASNELLY87@GMAIL.COM**			**TELÉFONO:**	**3148642155**
DIRECCIÓN DOMICILIO:	**CL 36A SUR 14 67**			**CIUDAD:**	**BOGOTA**
BANCO AL CUAL CONSIGNAR:	**BANCO DAVIVIENDA S.A.**	**TIPO DE CUENTA:**	**AHORROS**	**N° CUENTA:**	**008400857507**
DATOS DEL CONTRATO O ADICION Y PERIODO OBJETO DE PAGO					
Nº DEL CONTRATO:	**PS 2629 2026**	**VALOR CORRESPONDIENTE AL PERIODO OBJETO DE COBRO**			**$ 2.205.000**
FECHA DE INICIO CONTRATO	**2026/02/01**	**FECHA DE TERMINACIÓN CONTRATO:**			**2026/07/31**
PERIODO OBJETO DE COBRO:	**DEL 2026/06/01 AL 2026/06/30**				

RUTH NELLY CUEVAS SEPULVEDA
PS_2629_2026_15C81B

NOMBRE Y FIRMA DEL CONTRATISTA:
RUTH NELLY CUEVAS SEPULVEDA
CC: 51905562
CEL: 3148642155

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			
RUTH NELLY CUEVAS SEPULVEDA			
	CON C.C N°	**51.905.562**	
OBJETO DEL CONTRATO:	PRESTAR SERVICIOS COMO CAMILLERO PARA DESARROLLAR ACTIVIDADES EN LA DIRECCION DE SERVICIOS HOSPITALARIOS-ENFERMERIA DE LA SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E.		
CONTRATO DE PRESTACION DE SERVICIOS PROFESIONALES No.	**PS 2629 2026**	**FECHA INICIO CONTRATO**	**2026/02/01**
VALOR INICIAL DEL CONTRATO	$ 9.114.000	**No. HORAS EJECUTADAS**	**180**
VALOR TOTAL DEL CONTRATO INCLUIDO ADICIONES:	$ 13.230.000	**VALOR DE HONORARIOS PERÍODO A CERTIFICAR:**	$ 2.205.000
PLAZO DEL CONTRATO INCLUYENDO PRORROGAS	SEIS (6) MESES		
UNIDAD FUNCIONAL DE EJECUCIÓN DE ACTIVIDADES:	HOSPITAL LA VICTORIA		
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	1.RECIBIR Y ENTREGAR TURNO INFORMANDO PENDIENTES Y NOVEDADES DE PACIENTES DE LOS SERVICIOS ASIGNADOS, TRAMITES EN GESTION, ASI MISMO ENTREGANDO INVENTARIO DE ELEMENTOS ASIGNADOS. 2. TRASLADO DE LOS PACIENTES A LOS SERVICIOS, VERIFICANDO LA DISPONIBILIDAD DE LA CAMA, CONDICIONES DE SEGURIDAD E INTEGRIDAD DEL PACIENTE (BARANDAS ARRIBA, OXIGENO, PROTEGIENDO AL PACIENTE DEL FRIO, Y CUIDADO DE SU INTIMIDAD) 3. TRASLADAR LAS MUESTRAS BIOLOGICAS AL LABORATORIO CLINICO, DE FORMA OPORTUNA Y CON LAS CONDICIONES DE BIOSEGURIDAD Y CONSERVACION ADECUADAS. 4. TRAMITAR LA FACTURACION DE ORDENES DE SERVICIO EN FORMA OPORTUNA (LABORATORIOS, ECOGRAFIAS, RAYOS X, ETC.). 5. TRASLADAR LOS EQUIPOS MENORES, VELANDO POR LA INTEGRIDAD Y SEGURIDAD DE LOS MISMOS. 6. TRASLADAR INSUMOS MEDICO QUIRURGICOS DESDE FARMACIA AL SERVICIO DE ACUERDO A LA NECESIDAD DEL SERVICIO. 7. RESPONDER POR EL INVENTARIO QUE SE LE HA ASIGNADO, UTILIZANDO ADECUADAMENTE LOS EQUIPOS Y ELEMENTOS SUMINISTRADOS PARA LLEVAR A CABO SU ACTIVIDAD. 8. REALIZAR LA LIMPIEZA Y DESINFECCION DE LOS EQUIPOS ASIGNADOS, DE ACUERDO AL MANUAL. 9. ASUMIR DE FORMA RESPONSABLE Y RESPETUOSA LA RELACION LABORAL CON COMPAÑEROS. 10. CONSERVAR, MANTENER Y GARANTIZAR LA RESERVA LEGAL DE LA HISTORIA CLINICA. 11. ASISTIR A LAS REUNIONES DEL GRUPO FUNCIONAL Y CAPACITACIONES PROGRAMADAS POR LA ENTIDAD, CONFORME A SUS ACTIVIDADES. 13. INFORMAR DAÑOS DE EQUIPOS O ACCIDENTES OCURRIDOS DURANTE EL TRASLADO DE PACIENTES. 15. TRASLADAR LOS PACIENTES FALLECIDOS A LA MORGUE Y UBICARLOS EN LA NEVERA DESTINADA PARA TAL FIN CONSERVANDO EL CUIDADO E INTEGRIDAD DEL PACIENTE. 16. REALIZAR TRASLADO DE LOS PACIENTES A LOS DIFERENTES EXAMENES Y VALORACIONES REQUERIDAS, EN FORMA OPORTUNA Y SEGURA. 19. OFRECER TRATO CON CALIDEZ Y CALIDAD AL PACIENTE Y LA FAMILIA, DANDO UNA ATENCION HUMANIZADA CONSERVANDO EL RESPETO POR LA DIGNIDAD HUMANA. 20. PARTICIPAR EN LAS ACTIVIDADES DE CODIGO ROJO, CODIGO AZUL, RUTAS DE ATENCION Y DEMAS ATENCIONES DONDE SE REQUIERA. 21. CUMPLIR CON EL PROTOCOLO DE GESTION DE HEMOCOMPONENTES DE ACUERDO A SU PERFIL. 22. EJERCER LAS ACTIVIDADES ASIGNADAS DE CONFORMIDAD CON LAS NORMAS Y/O REGLAMENTOS DE ACUERDO AL OBJETO CONTRACTUAL Y LAS NECESIDADES DEL SERVICIO. 23. PORTAR EL CARNET DE IDENTIFICACION DE LA SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE Y USAR EL UNIFORME ESTABLECIDO POR LA INSTITUCION DURANTE LA EJECUCION DE LAS ACTIVIDADES CONTRACTUALES.24. CUMPLIR CON EL DILIGENCIAMIENTO Y ENTREGA OPORTUNA HOJA DE RUTA. 25 DAR CUMPLIMENTO A GUIAS Y PROTOCOLOS DE PREVENCION DE INFECCIONES Y SEGURIDAD DEL PACIENTE. 26 CUMPLIR CON PROTOCOLOS INSTITUCIONES DONDE SE INCLUYE RECIBO Y ENTREGA DE TURNO, TRASLADO DE PACIENTE, SUJECION TERAPEUTICA. 27. ATENDER LLAMADO

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° 1082010182	OPERADOR:	SIMPLE

CONCEPTO DEL PAGO	ENTIDAD	FECHA DE PAGO	VALOR PAGADO
SALUD:	SANITAS	2026/06/16	$ 218.900
PENSIÓN:	COLPENSIONES	2026/06/16	$ 280.200
RIESGOS LABORALES:	SURA	2026/06/16	$ 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	*RUTH NELLY CUEVAS SEPULVEDA* *PS_2629_2026_15C81B* **RUTH NELLY CUEVAS SEPULVEDA** **CC: 51905562**
FIRMA DE QUIEN VALIDA	*MARIA ANGELICA SAENZ JIMENEZ* *PS_2629_2026_15C81B* **MARIA ANGELICA SAENZ JIMENEZ** **SUPERVISOR ALTERNO**
FIRMA DE QUIEN CONVALIDA EL CUMPLIMIENTO DE LAS OBLIGACIONES PARA EL PRESENTE PERIODO DE PAGO	*NATALY DUQUE SALAZAR* *PS_2629_2026_15C81B* **NATALY DUQUE SALAZAR** **SUPERVISOR DEL CONTRATO**