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:	**JESSICA PESCADOR MONTENEGRO**			**CC:**	**1023870730**
CORREO ELECTRÓNICO:	**jpescadormontenegro@gmail.com**			**TELÉFONO:**	**3152028544**
DIRECCIÓN DOMICILIO:	**CL 13 SUR 8 06**			**CIUDAD:**	**BOGOTA**
BANCO AL CUAL CONSIGNAR:	**BANCO DAVIVIENDA S.A.**	**TIPO DE CUENTA:**	**AHORROS**	**N° CUENTA:**	**488432324439**
DATOS DEL CONTRATO O ADICION Y PERIODO OBJETO DE PAGO					
Nº DEL CONTRATO:	**PS 4366 2026**	**VALOR CORRESPONDIENTE AL PERIODO OBJETO DE COBRO**			**$ 2.818.660**
FECHA DE INICIO CONTRATO	**2026/06/19**	**FECHA DE TERMINACIÓN CONTRATO:**			**2026/06/30**
PERIODO OBJETO DE COBRO:	**DEL 2026/06/23 AL 2026/06/30**				

JESSICA PESCADOR MONTENEGRO
PS_4366_2026_41FA2F

NOMBRE Y FIRMA DEL CONTRATISTA:
JESSICA PESCADOR MONTENEGRO
CC: 1023870730
CEL: 3152028544

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			
JESSICA PESCADOR MONTENEGRO			
	CON C.C N°	**1.023.870.730**	
OBJETO DEL CONTRATO:	PRESTAR SERVICIOS PROFESIONALES COMO MEDICO GENERAL PARA DESARROLLAR ACTIVIDADES EN LA DIRECCION DE URGENCIAS DE LA SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E.		
CONTRATO DE PRESTACION DE SERVICIOS PROFESIONALES No.	**PS 4366 2026**	**FECHA INICIO CONTRATO**	**2026/06/19**
VALOR INICIAL DEL CONTRATO	$ 2.833.896	**No. HORAS EJECUTADAS**	**74**
VALOR TOTAL DEL CONTRATO INCLUIDO ADICIONES:	$ 2.833.896	**VALOR DE HONORARIOS PERÍODO A CERTIFICAR:**	$ 2.818.660
PLAZO DEL CONTRATO INCLUYENDO PRORROGAS	DOCE (12) DIAS		
UNIDAD FUNCIONAL DE EJECUCIÓN DE ACTIVIDADES:	HOSPITAL SAN BLAS		
NOMBRE DEL SUPERVISOR:	DANIEL ALEXANDER HUERTAS ROJAS		

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. Ejecuté procedimientos diagnósticos y terapéuticos dentro del plan de manejo de la especialidad, brindando atención oportuna, íntegra, continua y humanizada que incluyó el seguimiento, control y emisión de conceptos médicos, garantizando la autonomía institucional y la cobertura en todas las unidades requeridas.
2	2. Informé clara y oportunamente al paciente, a su familia y al equipo de salud sobre la condición clínica, el plan de manejo, las recomendaciones y las novedades. Realicé la entrega de turno presencial mediante ronda médica, asegurando la continuidad y seguridad en la atención.
3	3. Realicé la entrega y el recibo de turno de manera presencial según las actividades programadas por la Dirección Técnica de Urgencias de acuerdo con la disponibilidad del servicio, establecidos en el protocolo de entrega y recibo de turno de la Subred Centro Oriente.
4	4. Registré de manera completa, oportuna y sistematizada todas las actividades en los sistemas institucionales, incluyendo historias clínicas, consentimientos informados y reportes. En caso de fallas del sistema, utilicé los formatos de contingencia establecidos, garantizando la confidencialidad, integridad y respaldo documental mediante mi firma y sello profesional. Además, anexé el número de actividades realizadas en la dinámica gerencial, tales como triage, atención inicial de urgencias, evolución de urgencias, procedimientos y fichas de notificación.
5	5. Respeté los derechos del paciente, cumplí con el Código de Ética Médica y las disposiciones legales, y me adherí a los protocolos, guías, políticas institucionales y al marco normativo vigente que rige la prestación de los servicios.
6	6. Garanticé el adecuado uso, custodia, funcionamiento, reparación y reposición de los equipos, elementos e instalaciones asignados para el desarrollo de las actividades, reportando los activos según la normativa institucional.
7	7. Colaboré activamente en la implementación y cumplimiento de las políticas de calidad, seguridad del paciente, gestión del riesgo, acreditación y otros sistemas de garantía de calidad, incluyendo la notificación y el análisis de eventos adversos y obligatorios.
8	8. Participé en capacitaciones, reuniones, comités y supervisiones internas y externas, cumpliendo oportunamente las recomendaciones y compromisos derivados de estos procesos, así como también apoyé las actividades y requerimientos institucionales y extrainstitucionales.
9	9. Cumplí con el diligenciamiento adecuado y oportuno de los documentos para los procesos de costos, facturación y certificados legales (fichas de notificación, actas de defunción, MIPRES). Respondí a reclamaciones y objeciones para evitar glosas, y garantizé la entrega oportuna de las cuentas de cobro junto con el pago de mis aportes de seguridad social.
10	10. Apoyé la gestión integral en el área de urgencias, reporté censos, gestioné la liberación y el flujo de camillas y camas, y desarrollé y elaboré guías y planes para emergencias y desastres.
11	11. Informé oportunamente al supervisor sobre cualquier novedad que afectara la prestación del servicio, incluyendo ausencias o cambios en la programación, garantizando la continuidad y el adecuado desarrollo 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 (2026-06-23) 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:	COMPENSAR		$ 0
PENSIÓN:	PORVENIR		$ 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	*JESSICA PESCADOR MONTENEGRO* *PS_4366_2026_41FA2F* **JESSICA PESCADOR MONTENEGRO** **CC: 1023870730**
FIRMA DE QUIEN CONVALIDA EL CUMPLIMIENTO DE LAS OBLIGACIONES PARA EL PRESENTE PERIODO DE PAGO	*DANIEL ALEXANDER HUERTAS ROJAS* *PS_4366_2026_41FA2F* **DANIEL ALEXANDER HUERTAS ROJAS** **SUPERVISOR DEL CONTRATO**

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:	**JESSICA PESCADOR MONTENEGRO**			**CC:**	**1023870730**
CORREO ELECTRÓNICO:	**jpescadormontenegro@gmail.com**			**TELÉFONO:**	**3152028544**
DIRECCIÓN DOMICILIO:	**CL 13 SUR 8 06**			**CIUDAD:**	**BOGOTA**
BANCO AL CUAL CONSIGNAR:	**BANCO DAVIVIENDA S.A.**	**TIPO DE CUENTA:**	**AHORROS**	**N° CUENTA:**	**488432324439**
DATOS DEL CONTRATO O ADICION Y PERIODO OBJETO DE PAGO					
Nº DEL CONTRATO:	**PS 4366 2026**	**VALOR CORRESPONDIENTE AL PERIODO OBJETO DE COBRO**			**$ 2.818.660**
FECHA DE INICIO CONTRATO	**2026/06/19**	**FECHA DE TERMINACIÓN CONTRATO:**			**2026/06/30**
PERIODO OBJETO DE COBRO:	**DEL 2026/06/23 AL 2026/06/30**				

JESSICA PESCADOR MONTENEGRO
PS_4366_2026_41FA2F

NOMBRE Y FIRMA DEL CONTRATISTA:
JESSICA PESCADOR MONTENEGRO
CC: 1023870730
CEL: 3152028544

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			
JESSICA PESCADOR MONTENEGRO			
	CON C.C N°	**1.023.870.730**	
OBJETO DEL CONTRATO:	PRESTAR SERVICIOS PROFESIONALES COMO MEDICO GENERAL PARA DESARROLLAR ACTIVIDADES EN LA DIRECCION DE URGENCIAS DE LA SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E.		
CONTRATO DE PRESTACION DE SERVICIOS PROFESIONALES No.	**PS 4366 2026**	**FECHA INICIO CONTRATO**	**2026/06/19**
VALOR INICIAL DEL CONTRATO	$ 2.833.896	**No. HORAS EJECUTADAS**	**74**
VALOR TOTAL DEL CONTRATO INCLUIDO ADICIONES:	$ 2.833.896	**VALOR DE HONORARIOS PERÍODO A CERTIFICAR:**	$ 2.818.660
PLAZO DEL CONTRATO INCLUYENDO PRORROGAS	DOCE (12) DIAS		
UNIDAD FUNCIONAL DE EJECUCIÓN DE ACTIVIDADES:	HOSPITAL SAN BLAS		
NOMBRE DEL SUPERVISOR:	DANIEL ALEXANDER HUERTAS ROJAS		

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. Ejecuté procedimientos diagnósticos y terapéuticos dentro del plan de manejo de la especialidad, brindando atención oportuna, íntegra, continua y humanizada que incluyó el seguimiento, control y emisión de conceptos médicos, garantizando la autonomía institucional y la cobertura en todas las unidades requeridas.
2	2. Informé clara y oportunamente al paciente, a su familia y al equipo de salud sobre la condición clínica, el plan de manejo, las recomendaciones y las novedades. Realicé la entrega de turno presencial mediante ronda médica, asegurando la continuidad y seguridad en la atención.
3	3. Realicé la entrega y el recibo de turno de manera presencial según las actividades programadas por la Dirección Técnica de Urgencias de acuerdo con la disponibilidad del servicio, establecidos en el protocolo de entrega y recibo de turno de la Subred Centro Oriente.
4	4. Registré de manera completa, oportuna y sistematizada todas las actividades en los sistemas institucionales, incluyendo historias clínicas, consentimientos informados y reportes. En caso de fallas del sistema, utilicé los formatos de contingencia establecidos, garantizando la confidencialidad, integridad y respaldo documental mediante mi firma y sello profesional. Además, anexé el número de actividades realizadas en la dinámica gerencial, tales como triage, atención inicial de urgencias, evolución de urgencias, procedimientos y fichas de notificación.
5	5. Respeté los derechos del paciente, cumplí con el Código de Ética Médica y las disposiciones legales, y me adherí a los protocolos, guías, políticas institucionales y al marco normativo vigente que rige la prestación de los servicios.
6	6. Garanticé el adecuado uso, custodia, funcionamiento, reparación y reposición de los equipos, elementos e instalaciones asignados para el desarrollo de las actividades, reportando los activos según la normativa institucional.
7	7. Colaboré activamente en la implementación y cumplimiento de las políticas de calidad, seguridad del paciente, gestión del riesgo, acreditación y otros sistemas de garantía de calidad, incluyendo la notificación y el análisis de eventos adversos y obligatorios.
8	8. Participé en capacitaciones, reuniones, comités y supervisiones internas y externas, cumpliendo oportunamente las recomendaciones y compromisos derivados de estos procesos, así como también apoyé las actividades y requerimientos institucionales y extrainstitucionales.
9	9. Cumplí con el diligenciamiento adecuado y oportuno de los documentos para los procesos de costos, facturación y certificados legales (fichas de notificación, actas de defunción, MIPRES). Respondí a reclamaciones y objeciones para evitar glosas, y garantizé la entrega oportuna de las cuentas de cobro junto con el pago de mis aportes de seguridad social.
10	10. Apoyé la gestión integral en el área de urgencias, reporté censos, gestioné la liberación y el flujo de camillas y camas, y desarrollé y elaboré guías y planes para emergencias y desastres.
11	11. Informé oportunamente al supervisor sobre cualquier novedad que afectara la prestación del servicio, incluyendo ausencias o cambios en la programación, garantizando la continuidad y el adecuado desarrollo 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 (2026-06-23) 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:	COMPENSAR		$ 0
PENSIÓN:	PORVENIR		$ 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	*JESSICA PESCADOR MONTENEGRO* *PS_4366_2026_41FA2F* **JESSICA PESCADOR MONTENEGRO** **CC: 1023870730**
FIRMA DE QUIEN CONVALIDA EL CUMPLIMIENTO DE LAS OBLIGACIONES PARA EL PRESENTE PERIODO DE PAGO	*DANIEL ALEXANDER HUERTAS ROJAS* *PS_4366_2026_41FA2F* **DANIEL ALEXANDER HUERTAS ROJAS** **SUPERVISOR DEL CONTRATO**

porvenir
sólo hay uno

SOCIEDAD ADMINISTRADORA DE FONDOS DE PENSIONES Y CESANTÍAS PORVENIR S.A.

En su condición de administradora del

FONDO DE PENSIONES OBLIGATORIAS PORVENIR

NIT 800.224.808-8

CERTIFICA QUE:

JESSICA PESCADOR MONTENEGRO, identificado(a) con cédula de ciudadanía **1.023.870.730**, se encuentra afiliado(a) al **Fondo de Pensiones Obligatorias Porvenir.**

La presente certificación se expide el 12 de Junio del 2026.

Cordialmente,

Gerencia de Clientes

Tenga en cuenta:

Es importante que sea constante en realizar los aportes obligatorios para su pensión, así lograría recibir el ingreso que desea cuando obtenga su beneficio pensional.

Scanned with CamScanner

DAVIVIENDA

Banco Davivienda S.A.

CERTIFICADO

BOGOTA, D.C., **12/06/2026**
BOGOTA, D.C.,
COLOMBIA,
A quien interese

Por medio de la presente hacemos constar que **el señor JESSICA PESCADOR MONTENEGRO** con **Cédula de Ciudadanía** número **1023870730**

Posee en el banco Davivienda:

CUENTA DE AHORROS DAMAS

Número	**0550488432324439**
Fecha de apertura	**20/07/2022**

Cordialmente,

BANCO DAVIVIENDA

VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA

Scanned with CamScanner

compensar | salud eps

EL PROGRAMA DE EPS DE LA CAJA DE COMPENSACIÓN FAMILIAR COMPENSAR
NIT 860.066.942-7

CERTIFICA QUE

Que el(la) señor(a) JESSICA PESCADOR MONTENEGRO identificado(a) con Cedula Ciudadanía 1023870730, se encuentra Afiliado en el Plan de Beneficios de Salud PBS, de la EPS Compensar como cotizante Independiente según información contenida a la fecha en nuestra base de datos.

Fecha Afiliación	Fecha Retiro
20220524	No Registrada

El presente certificado se expide a solicitud del (la) interesado(a), a los 11 días del mes de Junio de 2026.

Observaciones:

Con destino a:
A QUIÉN CORRESPONDA

Información sujeta a verificación por parte de COMPENSAR EPS, cualquier aclaración con gusto será atendida en la línea (601) 4441234 - Documento no válido como autorización de traslado ni aclaración de multiafiliación en el SGSSS..

Cordialmente,
COMPENSAR EPS.

Elaboró: PORTAL CORPORATIVO
20763007

CER-AFI

VIGILADO Supersalud
VIGILADO SuperSubsidio

Scanned with CamScanner