**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: (31-07-2026)** | | | | | |
| **NOMBRES Y APELLIDOS:** | **DAYSY ZULMA JULLIETTE MAHECHA GOMEZ** | | | **CC:** | **1010184109** |
| **CORREO ELECTRÓNICO:** | **YOYESITA89@OUTLOOK.COM** | | | **TELÉFONO:** | **3023770767** |
| **DIRECCIÓN DOMICILIO:** | **KR 29A 17 42 SUR** | | | **CIUDAD:** | **BOGOTA** |
| **BANCO AL CUAL CONSIGNAR:** | **BANCO CAJA SOCIAL** | **TIPO DE CUENTA:** | **AHORROS** | **N° CUENTA:** | **24145390309** |
| **DATOS DEL CONTRATO O ADICION Y PERIODO OBJETO DE PAGO** | | | | | |
| **Nº DEL CONTRATO:** | **PS 3648 2026** | **VALOR CORRESPONDIENTE AL PERIODO OBJETO DE COBRO** | | | **$ 4.149.900** |
| **FECHA DE INICIO CONTRATO** | **2026/04/01** | **FECHA DE TERMINACIÓN CONTRATO:** | | | **2026/07/31** |
| **PERIODO OBJETO DE COBRO:** | **DEL 2026/07/01 AL 2026/07/31** | | | | |

*DAYSY ZULMA JULLIETTE MAHECHA GOMEZ*
*PS_3648_2026_6809D5*

**NOMBRE Y FIRMA DEL CONTRATISTA:**
**DAYSY ZULMA JULLIETTE MAHECHA GOMEZ**
**CC: 1010184109**
**CEL: 3023770767**

| | | |
|---|---|---|
| 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** | | | |
| **DAYSY ZULMA JULLIETTE MAHECHA GOMEZ** | | | |
| | **CON C.C N°** | **1.010.184.109** | |
| **OBJETO DEL CONTRATO:** | PRESTAR SERVICIOS COMO ENFERMERO 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 3648 2026** | **FECHA INICIO CONTRATO** | **2026/04/01** |
| **VALOR INICIAL DEL CONTRATO** | $ 9.020.070 | **No. HORAS EJECUTADAS** | **174** |
| **VALOR TOTAL DEL CONTRATO INCLUIDO ADICIONES:** | $ 17.601.300 | **VALOR DE HONORARIOS PERÍODO A CERTIFICAR:** | $ 4.149.900 |
| **PLAZO DEL CONTRATO INCLUYENDO PRORROGAS** | CUATRO (4) MESES | | |
| **UNIDAD FUNCIONAL DE EJECUCIÓN DE ACTIVIDADES:** | HOSPITAL SAN BLAS | | |
| **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**<br>**(Deben ser coherentes con las obligaciones específicas del contrato realizadas durante el mes)** |
|---|---|
| 1 | Ejecuté las actividades de acuerdo con la función de mi perfil profesional de enfermería.Recibí y entregué turno de acuerdo al protocolo institucional.Realicé el plan de cuidado diario de enfermería, su seguimiento y respectiva evaluación de acuerdo al diagnóstico y necesidades identificadas.Verifiqué medidas preventivas de eventos adversos, identificando riesgos, garantizando la seguridad del paciente y reportando los eventos adversos que se presentaron.Administré y registré medicamentos oportunamente, verificando el cuidado directo a los pacientes de acuerdo a los protocolos y guías establecidas.Supervisé las actividades del personal auxiliar de enfermería y camilleros, verificando que se realizaran los procedimientos y revisando que cumplieran los registros de enfermería.Realizá la actualización del kardex y tarjetas de medicamentos de acuerdo al protocolo institucional.Controlé los suministros y existencias de insumos y medicamentos de los pacientes del servicio.Realizá las devoluciones al servicio de farmacia de los medicamentos e insumos por paciente antes del egreso y diariamente cuando así lo meritó.Participé en forma activa en la revista médica diaria dando mis aportes según el caso.Realizé la asignación de pacientes a cada auxiliar de acuerdo al número de pacientes, complejidad y necesidades del servicio.Respondí por los inventarios, conservación y uso adecuado de los equipos, elementos e insumos entregados en el servicio.Realizé la asignación oportuna de camas en el mapa de camas del sistema de información.Gestioné y realizé el traslado de pacientes entre servicios de acuerdo a la necesidad, a fin de optimizar el giro de cama.Tramité de forma oportuna exámenes de laboratorio, radiología, exámenes especiales y remisiones que requirieron los pacientes a mi cargo.Di cumplimiento a la Resolución 1995 de 1999 y al manual de manejo de historia clínica de la Subred.Cumplí con lo establecido en las normas y protocolos de la institución en cuanto al uso del uniforme y elementos de protección dentro de las áreas asignadas.Realizé el control y cumplimiento según protocolo del carro de paro, verificando secuencia, candados de seguridad, seguimiento, revisión y registros oportunos según formatos establecidos (incluyendo registro de temperatura y descarga del desfibrilador).Porté el carnet institucional de la Subred durante la ejecución de mis actividades contractuales.Hice parte del proceso de inducción de forma activa y positiva al personal nuevo.Verifiqué, ejecuté y supervisé el protocolo de limpieza y desinfección con el personal a cargo y su respectivo registro.Ejercí las actividades propias de mi profesión de conformidad con las normas y reglamentos institucionales.Apoyé actividades relacionadas con el proceso de acreditación y habilitación de la Subred Integrada de Servicios de Salud Centro Oriente E.S.E.Participé en la elaboración de protocolos, manuales y guías del servicio.Realizé los registros respectivos y necesarios de la atención del paciente en la historia clínica del sistema de información establecido en la Subred (o en formatos físicos como medio de contingencia).Brindé educación e información al paciente y cuidadores respecto al cuidado general del paciente y normas institucionales.Cumplí con los protocolos y demás lineamientos institucionales aplicables a la ejecución de mis actividades contractuales.Asistí a jornadas de capacitaciones, reuniones y eventos que se presentaron en el servicio y en la institución de acuerdo a las actividades contractuales. |

**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 (2026-07-01) AL (2026-07-31)

IV. INFORMACIÓN DE APORTES A SEGURIDAD SOCIAL

| | | | |
|---|---|---|---|
| No. DE PLANILLA: | N° 1083620755 | OPERADOR: | SIMPLE |

| CONCEPTO DEL PAGO | ENTIDAD | FECHA DE PAGO | VALOR PAGADO |
|---|---|---|---|
| SALUD: | SALUD TOTAL | 2026/07/13 | $ 218.900 |
| PENSIÓN: | COLFONDOS | 2026/07/13 | $ 280.200 |
| RIESGOS LABORALES: | SURA | 2026/07/13 | $ 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** | *DAYSY ZULMA JULLIETTE MAHECHA GOMEZ*<br>*PS_3648_2026_6809D5*<br>**DAYSY ZULMA JULLIETTE MAHECHA GOMEZ**<br>**CC: 1010184109** |
| **FIRMA DE QUIEN VALIDA** | *SANDRA PATRICIA LEON CACERES*<br>*PS_3648_2026_6809D5*<br>**SANDRA PATRICIA LEON CACERES**<br>**SUPERVISOR ALTERNO** |
| **FIRMA DE QUIEN CONVALIDA EL CUMPLIMIENTO DE LAS OBLIGACIONES PARA EL PRESENTE PERIODO DE PAGO** | *NATALY DUQUE SALAZAR*<br>*PS_3648_2026_6809D5*<br>**NATALY DUQUE SALAZAR**<br>**SUPERVISOR DEL CONTRATO** |