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:	**YENCY KAROLINA PACHECO ACERO**			**CC:**	**1022997086**
CORREO ELECTRÓNICO:	**YENCYKAROLINA52@GMAIL.COM**			**TELÉFONO:**	**3228277525**
DIRECCIÓN DOMICILIO:	**CL 91B SUR 9 67**			**CIUDAD:**	**BOGOTA**
BANCO AL CUAL CONSIGNAR:	**BANCO DAVIVIENDA S.A.**	**TIPO DE CUENTA:**	**AHORROS**	**N° CUENTA:**	**004870415926**
DATOS DEL CONTRATO O ADICION Y PERIODO OBJETO DE PAGO					
Nº DEL CONTRATO:	**PS 2061 2026**	**VALOR CORRESPONDIENTE AL PERIODO OBJETO DE COBRO**			**$ 2.340.250**
FECHA DE INICIO CONTRATO	**2026/02/01**	**FECHA DE TERMINACIÓN CONTRATO:**			**2026/07/31**
PERIODO OBJETO DE COBRO:	**DEL 2026/07/01 AL 2026/07/31**				

YENCY KAROLINA PACHECO ACERO
PS_2061_2026_403102

NOMBRE Y FIRMA DEL CONTRATISTA:
YENCY KAROLINA PACHECO ACERO
CC: 1022997086
CEL: 3228277525

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			
YENCY KAROLINA PACHECO ACERO			
	CON C.C N°	**1.022.997.086**	
OBJETO DEL CONTRATO:	PRESTAR SERVICIOS COMO AUXILIAR DE ENFERMERIA PARA DESARROLLAR ACTIVIDADES EN LA DIRECCION DE SERVICIOS AMBULATORIOS DE LA SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E.		
CONTRATO DE PRESTACION DE SERVICIOS PROFESIONALES No.	**PS 2061 2026**	**FECHA INICIO CONTRATO**	**2026/02/01**
VALOR INICIAL DEL CONTRATO	$ 9.411.600	**No. HORAS EJECUTADAS**	**185**
VALOR TOTAL DEL CONTRATO INCLUIDO ADICIONES:	$ 13.535.500	**VALOR DE HONORARIOS PERÍODO A CERTIFICAR:**	$ 2.340.250
PLAZO DEL CONTRATO INCLUYENDO PRORROGAS	SEIS (6) MESES		
UNIDAD FUNCIONAL DE EJECUCIÓN DE ACTIVIDADES:	HOSPITAL LA VICTORIA		
NOMBRE DEL SUPERVISOR:	DIANA ISABEL MORA MORALES		

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. Asignación de citas de Colposcopia a pacientes con prueba de ADN-VPH y la citología de triage o clasificatoria sean positivas
2	2. Alistar 30 min antes de iniciar la jornada, los equipos necesarios para la consulta y los procedimientos de Colposcopia Biopsia y Conizacion según indicaciones de Biomedico.
3	3. El día antes de la jornada de colposcopias se debe alistar y verificar los insumos a utilizar en la consulta (revisar lista de chequeo) incluyendo los consentimientos informados para cada usuaria, esta información debe quedar relacionada en el correspondiente formato de insumos
4	4. Realizar Limpieza y desinfección recurrente a diario; de camilla, colposcopio, y todos los equipos utilizados en los procedimientos entre pacientes y al finalizar la jornada. Así mismo supervisar aseo terminal por parte de servicios generales.
5	5. Realización de aseo Terminal según protocolo de limpieza y desinfección de los consultorios a su cargo
6	6. Realizar seguimiento diario a la oportunidad en un tiempo no mayor a 30 días y derivar a la Ruta Integral de Atención en Salud para la población con riesgo o presencia de cáncer.
7	7. Entregar contra el RIPS al Archivo las Historias clínicas (en caso de contingencia) y diariamente los consentimientos informados en los horarios establecidos.
8	8. Organizar y mantener papelería suficiente correspondiente a los formatos utilizados en el servicio
9	. Revisar las fechas de vencimiento de los insumos y realizar semaforización de los mismos.
10	10. Realizar inventario de consultorio, insumos y equipos.
11	11.Realizar informes según solicitud de su jefe directo y/o jefe del Programa correspondiente a las actividades del programa de Colposcopia, asignación de citas, inasistencia, llamada de recordación y búsqueda activa de las usuarias.
12	12. Alimentar diariamente la base de datos de seguimiento, adherencia al Programa de Colposcopia, diario de campo. (FORMATOS DRIVE).
13	13. Consignar en Historia Clínica los seguimientos realizados a pacientes inasistentes, perdidos, que cancelan citas o reportan novedades significativas en la historia clínica
14	14. Solicitar a diario a funcionario de facturación la creación de un ingreso en caso de requerirse a nombre de quien realiza el seguimiento para diligenciamiento respectivo.
15	15. Realizar pedido de insumos y papelería mensual, los días 15 de cada mes, según necesidad del servicio con visto bueno del jefe del servicio.

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° 1082691308	OPERADOR:	SIMPLE

CONCEPTO DEL PAGO	ENTIDAD	FECHA DE PAGO	VALOR PAGADO
SALUD:	COMPENSAR	2026/07/10	$ 218.900
PENSIÓN:	PORVENIR	2026/07/10	$ 280.200
RIESGOS LABORALES:	SEGUROS BOLIVAR	2026/07/10	$ 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	*YENCY KAROLINA PACHECO ACERO* *PS_2061_2026_403102* **YENCY KAROLINA PACHECO ACERO** **CC: 1022997086**
FIRMA DE QUIEN CONVALIDA EL CUMPLIMIENTO DE LAS OBLIGACIONES PARA EL PRESENTE PERIODO DE PAGO	*DIANA ISABEL MORA MORALES* *PS_2061_2026_403102* **DIANA ISABEL MORA MORALES** **SUPERVISOR DEL CONTRATO**