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:	**OLGA CECILIA PACASUCA MORENO**			**CC:**	**40041223**
CORREO ELECTRÓNICO:	**OLGACECILIA321@OUTLOOK.COM**			**TELÉFONO:**	**3112534357**
DIRECCIÓN DOMICILIO:	**TRANV 142 150-50 BQ 8 INT 7 ETAPA 8**			**CIUDAD:**	**BOGOTA**
BANCO AL CUAL CONSIGNAR:	**BANCO DAVIVIENDA S.A.**	**TIPO DE CUENTA:**	**AHORROS**	**N° CUENTA:**	**004870306760**
DATOS DEL CONTRATO O ADICION Y PERIODO OBJETO DE PAGO					
Nº DEL CONTRATO:	**PS 2345 2026**	**VALOR CORRESPONDIENTE AL PERIODO OBJETO DE COBRO**			**$ 3.301.200**
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**				

OLGA CECILIA PACASUCA MORENO
PS_2345_2026_50D4A9

NOMBRE Y FIRMA DEL CONTRATISTA:
OLGA CECILIA PACASUCA MORENO
CC: 40041223
CEL: 3112534357

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			
OLGA CECILIA PACASUCA MORENO			
	CON C.C N°	**40.041.223**	
OBJETO DEL CONTRATO:	PRESTAR SERVICIOS COMO AUXILIAR DE ENFERMERIA 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 2345 2026**	**FECHA INICIO CONTRATO**	**2026/02/01**
VALOR INICIAL DEL CONTRATO	$ 9.746.400	**No. HORAS EJECUTADAS**	**252**
VALOR TOTAL DEL CONTRATO INCLUIDO ADICIONES:	$ 19.099.800	**VALOR DE HONORARIOS PERÍODO A CERTIFICAR:**	$ 3.301.200
PLAZO DEL CONTRATO INCLUYENDO PRORROGAS	SEIS (6) MESES		
UNIDAD FUNCIONAL DE EJECUCIÓN DE ACTIVIDADES:	HOSPITAL SANTA CLARA		
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	AUXILIAR DE ENFERMERIA 1.Se ejecutaron las actividades de acuerdo con la función de auxiliar de enfermería; 2. Se realizaron actividades propias del cuidado de enfermería cumpliendo los protocolos institucionales y previniendo acciones inseguras en la prestación de servicios de salud (recibo y entrega de turno, actividades de enfermería y demás actividades derivadas del proceso de enfermería); 3. Se notificaron inmediatamente las acciones inseguras ocurridas a los pacientes a cargo, al médico de turno, jefe inmediato y en el sistema de reporte de seguridad del paciente; 4. Se informó a la enfermera jefe del servicio y al médico tratante sobre los cambios en el estado clínico de los pacientes en forma oportuna y adecuada; 5. Se revisó la historia clínica de los pacientes asignados, conociendo su evolución diaria y plan de manejo para ejecutar el plan de cuidado de enfermería integral planteado por la enfermera; 6. Se diligenciaron los registros de las atenciones, procedimientos, actividades e intervenciones realizadas; 7. Se cumplieron las normas institucionales de bioseguridad, vigilancia epidemiológica, gestión ambiental, salud ocupacional y demás políticas institucionales; 8. Se respondió por los inventarios, realizando control, conservación y uso adecuado de los equipos, elementos e insumos, así como el cuidado de la infraestructura del servicio y/o área donde se desarrollaron las actividades; 9. Se ofreció trato con calidez y calidad al paciente y la familia, brindando atención humanizada y respetando la dignidad humana según la política institucional de humanización; 10. Se mantuvo la reserva y confidencialidad de la información clínica y personal de los pacientes, dando cumplimiento a la Resolución 1995 y al manual de manejo de historia clínica establecido por la institución; 11. Se realizaron asesorías pretest y pruebas rápidas en los diferentes servicios intramurales según solicitudes, generando el respectivo registro en la historia clínica; 15. Se portó el carné institucional de la Subred Integrada de Servicios de Salud Centro Oriente durante la ejecución de las actividades contractuales; 16. Se solicitó, alistó, entregó, custodió y retornó, con el respectivo proceso de limpieza, el instrumental según el área correspondiente, teniendo en cuenta el manual de la central de esterilización institucional; 18. Se cumplieron las actividades propias del servicio y las asignaciones realizadas por la enfermera coordinadora, incluyendo apoyo e instrumentación de procedimientos menores en consultorio, traslado y entrega de muestras de patología; 19. Se realizó la recepción, custodia y entrega oportuna de las historias clínicas de contingencia y formatos físicos que hacen parte de la historia clínica al archivo de gestión documental, efectuando el registro en el formato correspondiente; 20. Se apoyaron actividades relacionadas con el proceso de acreditación y habilitación de la Subred Integrada de Servicios de Salud Centro Oriente E.S.E.; 21. Se organizó el servicio y se realizó el alistamiento de áreas con la dotación necesaria, manteniéndolas ordenadas para facilitar la prestación de un servicio adecuado y oportuno; 23. Se veló por el cuidado y aprovechamiento de los suministros y existencias de insumos de los pacientes en el servicio; 25. Se diligenciaron de forma adecuada los formatos establecidos para el control del servicio, tales como limpieza y desinfección, control de temperatura y humedad del carro de paro, temperatura de las neveras y del servicio o área; 26. Se dio cumplimiento a lo establecido en las normas y protocolos institucionales en cuanto al uso del uniforme y elementos de protección dentro de las áreas asignadas; 27. Se asistió a jornadas de capacitación, reuniones y eventos presentados en el servicio y en la institución de acuerdo con las actividades contractuales; 28. Se realizó acompañamiento al profesional de enfermería en la revisión mensual del carro de paro; 29. Se realizó registro en el sistema de información institucional de la atención brindada a los pacientes a cargo; 30. Se realizó la solicitud y el respectivo descargue en el sistema de información de los insumos necesarios para la atención de los pacientes, así como la devolución de los insumos solicitados y no utilizados; 31. Se brindó educación e información al paciente y cuidadores respecto al cuidado general y normas institucionales; 32. Se cumplió con los protocolos y demás lineamientos institucionales aplicables a la ejecución de las actividades contractuales, incluyendo recibo y entrega de turno, prevención de caídas, prevención de lesiones de piel y demás establecidos.

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° 8642124915	OPERADOR:	ASOPAGOS

CONCEPTO DEL PAGO	ENTIDAD	FECHA DE PAGO	VALOR PAGADO
SALUD:	SANITAS	2026/07/10	$ 219.300
PENSIÓN:	COLPENSIONES	2026/07/10	$ 280.700
RIESGOS LABORALES:	SEGUROS BOLIVAR	2026/07/10	$ 42.800
OTRO			
TOTAL PAGADO			$ 542.800

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	*OLGA CECILIA PACASUCA MORENO* *PS_2345_2026_50D4A9* **OLGA CECILIA PACASUCA MORENO** **CC: 40041223**
FIRMA DE QUIEN VALIDA	*NESTOR DANIEL SANDOVAL RINCON* *PS_2345_2026_50D4A9* **NESTOR DANIEL SANDOVAL RINCON** **SUPERVISOR ALTERNO**
FIRMA DE QUIEN CONVALIDA EL CUMPLIMIENTO DE LAS OBLIGACIONES PARA EL PRESENTE PERIODO DE PAGO	*NATALY DUQUE SALAZAR* *PS_2345_2026_50D4A9* **NATALY DUQUE SALAZAR** **SUPERVISOR DEL CONTRATO**

ASOPAGOS s.a.

RAZÓN SOCIAL :	OLGA CECILIA PACASUCA MORENO
IDENTIFICACIÓN:	CC-40041223
COD. DEPENDENCIA O SUCURSAL:	0
NOM. DEPENDENCIA O SUCURSAL:	0
FECHA GENERACIÓN REPORTE:	2026-07-11
FECHA LÍMITE DE PAGO:	2026-07-07
FECHA DE PAGO:	2026-07-10
ENTIDAD DE PAGO:	BANCO COLPATRIA
PERÍODO PENSIÓN:	2026-06
PERÍODO SALUD:	2026-06
NÚMERO PLANILLA:	8642124915
TOTAL COTIZANTES:	1
REFERENCIA DE PAGO (PIN):	8653388200
TIPO DE PLANILLA:	I

CÓDIGO ENTIDAD	NIT	NOMBRE	NÚMERO AFILIADOS	IBC	FONDO SOLIDARIDAD	FONDO SUBSISTENCIA	TOTAL INTERESES	VALOR PAGAR SIN INTERESES	VALOR PAGAR
EPS005	800251440	SANITAS	1	$ 1.750.905	$ 0	$ 0	$ 400	$ 218.900	$ 219.300
25-14	900336004	COLPENSIONES	1	$ 1.750.905	$ 0	$ 0	$ 500	$ 280.200	$ 280.700
14-7	860002503	SEGUROS BOLIVAR	1	$ 1.750.905	$ 0	$ 0	$ 100	$ 42.700	$ 42.800
				Total a pagar	$ 0	$ 0	$ 1.000	$ 541.800	$ 542.800

PAGADO

FECHA DE PAGO DEL SIGUIENTE MES:	10/08/2026

UCI PEDIATRIC | Registro de En | DIETAS SANTA | 29-07-2026_D | Recibidos (10 | SECOP II | Editar | Subred Centro | LoginSystemF | Pregúntale a Gemini
secop.gov.co/CO1ContractsManagement/Tendering/SalesContractEdit/View?docUniqueIdentifier=CO1.SLCNTR.16931416
Nueva versión de Chrome disponible
Registro de Enferme... | Registro de Enferme... | Avantage PACS | Todos los favorito
Aumentar el contraste | UTC -5 10:33:26 | OLGA CECILIA PACA...
esos | Menú | Ir a | Buscar...

ión de contratos → **Ver contrato**

Datos guardados

Cancelar | < | Evaluación de la Entidad Estatal | >

VER CONTRATO

Ejecución del Contrato

Porcentaje | Recepción de artículos

Plan de Pagos

¿Se requieren emisiones de códigos de autorización? Sí No

Id de pago	Número de factura	Fecha de emisión	Fecha de recepción	Valor total de la factura	Estado

No existen resultados que cumplan con los criterios de búsqueda especificados

Crear

Documentos de ejecución del contrato

	Descripción	Nombre del archivo	Cargado por		
☐	1 PS 2345 2026 CRP -9216.pdf	1 PS 2345 2026 CRP -9216.pdf	Comprador	Descargar	Detalle
	PS_2345_2026_FEBRERO_PLANILLASS_OLGA.pdf (Archivado)	PS_2345_2026_FEBRERO_PLANILLASS_OLGA.pdf	Proveedor	Descargar	Detalle
	PS_2345_2026_FEBRERO_PLANILLASS.pdf (Archivado)	PS_2345_2026_FEBRERO_PLANILLASS.pdf	Proveedor	Descargar	Detalle
☐	PS 2345 2026 CUENTA DE COBRO FEBRERO 2026.pdf	PS 2345 2026 CUENTA DE COBRO FEBRERO 2026.pdf	Proveedor	Descargar	Detalle
☐	PS 2345 2026 CUENTA DE COBRO MARZO 2026.pdf	PS 2345 2026 CUENTA DE COBRO MARZO 2026.pdf	Proveedor	Descargar	Detalle
☐	PS 2345 2026 CUENTA DE COBRO ABRIL 2026.pdf	PS 2345 2026 CUENTA DE COBRO ABRIL 2026.pdf	Proveedor	Descargar	Detalle
☐	PS 2345 2026 CUENTA DE COBRO MAYO 2026.pdf.pdf	PS 2345 2026 CUENTA DE COBRO MAYO 2026.pdf.pdf	Proveedor	Descargar	Detalle
☐	2 PS 2345 2026 CRP -16476.PDF	2 PS 2345 2026 CRP -16476.PDF	Comprador	Descargar	Detalle
☐	PS 2345 2026 CUENTA DE COBRO JUNIO 2026.pdf	PS 2345 2026 CUENTA DE COBRO JUNIO 2026.pdf	Proveedor	Descargar	Detalle

Documentos de ejecución del contrato

Borrar | Cargar nuevo