**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: (31-08-2026)** | | | | | |
| **NOMBRES Y APELLIDOS:** | **INGRID GECELL SUAREZ MUÑOZ** | | | **CC:** | **52902081** |
| **CORREO ELECTRÓNICO:** | **GECELL82@GMAIL.COM** | | | **TELÉFONO:** | **3112896325** |
| **DIRECCIÓN DOMICILIO:** | **KR 13A 30 61 sur** | | | **CIUDAD:** | **BOGOTA** |
| **BANCO AL CUAL CONSIGNAR:** | **BANCO DAVIVIENDA S.A.** | **TIPO DE CUENTA:** | **AHORROS** | **N° CUENTA:** | **008400792506** |
| **DATOS DEL CONTRATO O ADICION Y PERIODO OBJETO DE PAGO** | | | | | |
| **Nº DEL CONTRATO:** | **PS 2436 2026** | **VALOR CORRESPONDIENTE AL PERIODO OBJETO DE COBRO** | | | **$ 4.436.100** |
| **FECHA DE INICIO CONTRATO** | **2026/02/01** | **FECHA DE TERMINACIÓN CONTRATO:** | | | **2026/08/31** |
| **PERIODO OBJETO DE COBRO:** | **DEL 2026/08/01 AL 2026/08/31** | | | | |

*INGRID GECELL SUAREZ MUÑOZ*
*PS_2436_2026_5D4855*

**NOMBRE Y FIRMA DEL CONTRATISTA:**
**INGRID GECELL SUAREZ MUÑOZ**
**CC: 52902081**
**CEL: 3112896325**

| | | |
|---|---|---|
| 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** | | | |
| **INGRID GECELL SUAREZ MUÑOZ** | | | |
| | **CON C.C N°** | **52.902.081** | |
| **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 2436 2026** | **FECHA INICIO CONTRATO** | **2026/02/01** |
| **VALOR INICIAL DEL CONTRATO** | $ 17.744.400 | **No. HORAS EJECUTADAS** | **186** |
| **VALOR TOTAL DEL CONTRATO INCLUIDO ADICIONES:** | $ 37.015.200 | **VALOR DE HONORARIOS PERÍODO A CERTIFICAR:** | $ 4.436.100 |
| **PLAZO DEL CONTRATO INCLUYENDO PRORROGAS** | SIETE (7) MESES | | |
| **UNIDAD FUNCIONAL DE EJECUCIÓN DE ACTIVIDADES:** | CENTRO DE SALUD DIANA TURBAY | | |
| **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. Se ejecutaron las actividades de acuerdo con la función del perfil profesional de enfermería; 2. Se recibió y entregó turno de acuerdo con el protocolo institucional; 3. Se realizó el plan de cuidado diario de enfermería, su seguimiento y respectiva evaluación de acuerdo con el diagnóstico y necesidades identificadas; 4. Se verificaron las medidas preventivas de eventos adversos, identificando riesgos, garantizando la seguridad del paciente y reportando los eventos adversos presentados; 5. Se administraron y registraron los medicamentos oportunamente, verificando el cuidado directo de los pacientes de acuerdo con los protocolos y guías establecidas; 6. Se supervisaron las actividades del personal auxiliar de enfermería y camilleros, verificando la realización de los procedimientos y el cumplimiento de los registros de enfermería; 7. Se realizó la actualización del kardex y tarjetas de medicamentos de acuerdo con el protocolo institucional; 8. Se controlaron los suministros y existencias de insumos y medicamentos de los pacientes del servicio; 9. Se realizaron las devoluciones al servicio de farmacia de los medicamentos e insumos por paciente antes del egreso y diariamente cuando se requirió; 10. Se participó en forma activa en la revista médica diaria, realizando los aportes correspondientes; 11. Se realizó la asignación de pacientes a cada auxiliar de acuerdo con el número de pacientes, complejidad y necesidades del servicio; 12. Se respondió por los inventarios, conservación y uso adecuado de los equipos, elementos e insumos entregados en el servicio; 13. Se realizó la asignación oportuna de camas en el mapa de camas del sistema de información; 14. Se gestionó y realizó el traslado de pacientes entre servicios de acuerdo con la necesidad, a fin de optimizar el giro cama; 14. Se tramitaron de forma oportuna exámenes de laboratorio, radiología, exámenes especiales y remisiones requeridas por los pacientes a cargo; 15. Se dio cumplimiento a la Resolución 1995 de 1999 y al manual de manejo de historia clínica de la Subred; 16. 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; 17. Se dio cumplimiento al protocolo del Carro Paro, verificando secuencia, candados de seguridad, seguimiento, revisión y registros oportunos según formatos establecidos, incluyendo el registro de temperatura y descarga del desfibrilador; 18. Se portó el carné institucional de la Subred durante la ejecución de las actividades contractuales; 19. Se hizo parte del proceso de inducción de forma activa y positiva al personal nuevo; 20. Se realizó la verificación, ejecución y supervisión del protocolo de limpieza y desinfección con el personal a cargo y su respectivo registro; 21. Se ejercieron las actividades propias de la profesión de conformidad con las normas y reglamentos institucionales; 25. Se apoyaron actividades relacionadas con el proceso de acreditación y habilitación de la Subred Integrada de Servicios de Salud Centro Oriente E.S.E.; 27. Se participó en la elaboración de protocolos, manuales y guías del servicio; 30. Se realizaron los registros respectivos y necesarios de la atención del paciente en la historia clínica del sistema de información |

| | |
|---|---|
| 1 | establecido en la Subred o en formatos físicos cuando se utilizó medio de contingencia;<br><br>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; 33. Se asistió a jornadas de capacitación, reuniones y eventos presentados en el servicio y en la institución de acuerdo con 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 (2026-08-01) AL (2026-08-31)

IV. INFORMACIÓN DE APORTES A SEGURIDAD SOCIAL

| | | | |
|---|---|---|---|
| No. DE PLANILLA: | N° 9510145902 | OPERADOR: | APORTES EN LINEA |
| CONCEPTO DEL PAGO | ENTIDAD | FECHA DE PAGO | VALOR PAGADO |
| SALUD: | SURA | 2026/08/26 | $ 260.000 |
| PENSIÓN: | PORVENIR | 2026/08/26 | $ 332.800 |
| RIESGOS LABORALES: | SURA | 2026/08/26 | $ 50.700 |
| OTRO | | | |
| TOTAL PAGADO | | | $ 643.500 |

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** | *INGRID GECELL SUAREZ MUÑOZ*<br>*PS_2436_2026_5D4855*<br>**INGRID GECELL SUAREZ MUÑOZ**<br>**CC: 52902081** |
| **FIRMA DE QUIEN VALIDA** | *LORENA MERCEDES PARRA VARGAS*<br>*PS_2436_2026_5D4855*<br>**LORENA MERCEDES PARRA VARGAS**<br>**SUPERVISOR ALTERNO** |

| | |
|---|---|
| **FIRMA DE QUIEN CONVALIDA EL CUMPLIMIENTO DE LAS OBLIGACIONES PARA EL PRESENTE PERIODO DE PAGO** | *NATALY DUQUE SALAZAR*<br>*PS_2436_2026_5D4855*<br>**NATALY DUQUE SALAZAR**<br>**SUPERVISOR DEL CONTRATO** |

aportes en línea

# Resumen General de Pago

DATOS GENERALES DEL APORTANTE

| Identificación | dv | Razon Social | Clase Aportante | Sucursal Principal | Direccion | Ciudad-Departamento | Teléfono | Exonerado SENA e ICBF |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| CC 52902081 | | SUAREZ MUÑOZ INGRID GECELL | INDEPENDIENTE | PRINCIPAL | Crra 13a 30-61 sur | BOGOTA-BOGOTA D.E. | 6594245 | No |

DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION

| Periodo | | Clave | | Tipo | Fecha | | Pago | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| Pensión | Salud | Pago | Planilla | Planilla | Limite | Pago | Banco | Dias Mora | Valor |
| 2026-07 | 2026-07 | 595734418 | 9510145902 | I | 2026/08/21 | 2026/08/26 | BANCO DAVIVIENDA | 5 | $646,000 |

**LIQUIDACION DETALLADA DE APORTES**

| EMPLEADO | | | | | PENSION | | SALUD | | | | CCF | | | | RIESGOS | | | | PARAFISCALES | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| No. | Identificación | Nombres | Codigo | Días | IBC | Aporte | Codigo | Días | IBC | Aporte | Codigo | Días | IBC | Aporte | Codigo | Días | IBC | Aporte | Días | IBC | Aporte |
| **Sucursal: PRINCIPAL (1 Afiliados)** | | | | | $2,079,720 | $332,800 | | | $2,079,720 | $260,000 | | | $0 | $0 | | | $2,079,720 | $50,700 | | $0 | $0 |
| **Centro de Trabajo: PRINCIPAL ( 1 Afiliados)** | | | | | $2,079,720 | $332,800 | | | $2,079,720 | $260,000 | | | $0 | $0 | | | $2,079,720 | $50,700 | | $0 | $0 |
| Ciudad: BOGOTA Depto: BOGOTA D.E. ( 1 Afiliados) | | | | | $2,079,720 | $332,800 | | | $2,079,720 | $260,000 | | | $0 | $0 | | | $2,079,720 | $50,700 | | $0 | $0 |
| 1 | CC 52902081 | SUAREZ INGRID | 230301 | 30 | $2,079,720 | $332,800 | EPS010 | 30 | $2,079,720 | $260,000 | | 0 | $0 | $0 | 14-11 | 30 | $2,079,720 | $50,700 | 0 | $0 | $0 |
| **Total** | **Afiliados( 1)** | | | | $2,079,720 | $332,800 | | | $2,079,720 | $260,000 | | | $0 | $0 | | | $2,079,720 | $50,700 | | $0 | $0 |

aportes en línea

# Resumen General de Pago

DATOS GENERALES DEL APORTANTE

| Identificación | dv | Razon Social | Clase Aportante | Sucursal Principal | Direccion | Ciudad-Departamento | Teléfono | Exonerado SENA e ICBF |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| CC 52902081 | | SUAREZ MUÑOZ INGRID GECELL | INDEPENDIENTE | PRINCIPAL | Crra 13a 30-61 sur | BOGOTA-BOGOTA D.E. | 6594245 | No |

DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION

| Periodo | | Clave | | Tipo | Fecha | | Pago | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| Pensión | Salud | Pago | Planilla | Planilla | Limite | Pago | Banco | Dias Mora | Valor |
| 2026-07 | 2026-07 | 595734418 | 9510145902 | I | 2026/08/21 | 2026/08/26 | BANCO DAVIVIENDA | 5 | $646,000 |

## RESUMEN DE PAGO

| RIESGO | CODIGO | NIT | DV | AFILIADOS | VALOR LIQUIDADO | INTERESES MORA | Fondo Solidaridad Pensional | Intereses de Mora Fondo Solidaridad | Fondo Subsistencia | Intereses de Mora Fondo Subsistencia | SALDOS E INCAPACIDADES | VAL |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| AFP (ADMINISTRADORAS: 1) | | | | 1 | $332,800 | $1,300 | | | | | $0 | |
| PORVENIR | 230301 | 800,224,808 | 8 | 1 | $332,800 | $1,300 | $0 | $0 | $0 | $0 | $0 | |
| ARL (ADMINISTRADORAS: 1) | | | | 1 | $50,700 | $200 | | | | | $0 | |
| ARL SURA | 14-11 | 890,903,790 | 5 | 1 | $50,700 | $200 | $0 | $0 | $0 | $0 | $0 | |
| EPS (ADMINISTRADORAS: 1) | | | | 1 | $260,000 | $1,000 | | | | | $0 | |
| EPS SURA (ANTES SUSALUD) | EPS010 | 800,088,702 | 2 | 1 | $260,000 | $1,000 | $0 | $0 | $0 | $0 | $0 | |
| TOTAL | | | | 1 | $643,500 | $2,500 | $0 | $0 | $0 | $0 | $0 | |

# Resumen General de Pago

| LOR A PAGAR |
|---|
| $334,100 |
| $334,100 |
| $50,900 |
| $50,900 |
| $261,000 |
| $261,000 |
| $646,000 |

1 Información general
2 Condiciones
3 Bienes y servicios
4 Documentos del Proveedor
5 Documentos del contrato
6 Información presupuestal
7 **Ejecución del Contrato**
8 Modificaciones del Contr…
9 Incumplimientos

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?** Si 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 | | |
|---|---|---|---|---|---|
| ☐ | PS 2436 2026 CUENTADE COBRO ENERO 2026.pdf | PS 2436 2026 CUENTADE COBRO ENERO 2026.pdf | Proveedor | Descargar | Detalle |
| ☐ | PS 2436 2026 CUENTADE COBRO FEBRERO 2026.pdf | PS 2436 2026 CUENTADE COBRO FEBRERO 2026.pdf | Proveedor | Descargar | Detalle |
| ☐ | 1 PS 2436 2026 CRP -9302.pdf | 1 PS 2436 2026 CRP -9302.pdf | Comprador | Descargar | Detalle |
| ☐ | PS 2436 2026 CUENTADE COBRO MARZO 2026.pdf | PS 2436 2026 CUENTADE COBRO MARZO 2026.pdf | Proveedor | Descargar | Detalle |
| ☐ | PS 2436 2026 CUENTADE COBRO ABRIL 2026.pdf | PS 2436 2026 CUENTADE COBRO ABRIL 2026.pdf | Proveedor | Descargar | Detalle |
| ☐ | PS 2436 2026 CUENTADE COBRO MAYO.pdf | PS 2436 2026 CUENTADE COBRO MAYO.pdf | Proveedor | Descargar | Detalle |
| ☐ | PS 2436 2026 CUENTADE COBRO JUNIO 2026.pdf | PS 2436 2026 CUENTADE COBRO JUNIO 2026.pdf | Proveedor | Descargar | Detalle |
| ☐ | 2 PS 2436 2026 CRP -16561.PDF | 2 PS 2436 2026 CRP -16561.PDF | Comprador | Descargar | Detalle |
| ☑ | PS 2436 2026 CUENTADE COBRO JULIO 2026.pdf | PS 2436 2026 CUENTADE COBRO JULIO 2026.pdf | Proveedor | Descargar | Detalle |

Borrar Cargar nuevo

Cancelar

< Evaluación de la Entidad Estatal >