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:	**GINNA LILIANA RODRIGUEZ SORIANO**			**CC:**	**52732425**
CORREO ELECTRÓNICO:	**GINNARODRIGUEZ653@GMAIL.COM**			**TELÉFONO:**	**3224404944**
DIRECCIÓN DOMICILIO:	**KR 10A 23 22**			**CIUDAD:**	**BOGOTA**
BANCO AL CUAL CONSIGNAR:	**BANCO DAVIVIENDA S.A.**	**TIPO DE CUENTA:**	**AHORROS**	**N° CUENTA:**	**473970040654**
DATOS DEL CONTRATO O ADICION Y PERIODO OBJETO DE PAGO					
Nº DEL CONTRATO:	**PS 1250 2026**	**VALOR CORRESPONDIENTE AL PERIODO OBJETO DE COBRO**			**$ 3.458.400**
FECHA DE INICIO CONTRATO	**2026/02/01**	**FECHA DE TERMINACIÓN CONTRATO:**			**2026/10/31**
PERIODO OBJETO DE COBRO:	**DEL 2026/08/01 AL 2026/08/31**				

GINNA LILIANA RODRIGUEZ SORIANO
PS_1250_2026_A085D5

NOMBRE Y FIRMA DEL CONTRATISTA:
GINNA LILIANA RODRIGUEZ SORIANO
CC: 52732425
CEL: 3224404944

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			
GINNA LILIANA RODRIGUEZ SORIANO			
	CON C.C N°	**52.732.425**	
OBJETO DEL CONTRATO:	PRESTAR SERVICIOS COMO AUXILIAR DE ENFERMERIA PARA DESARROLLAR ACTIVIDADES EN LA DIRECCION DE SERVICIOS COMPLEMENTARIOS DE LA SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E.		
CONTRATO DE PRESTACION DE SERVICIOS PROFESIONALES No.	**PS 1250 2026**	**FECHA INICIO CONTRATO**	**2026/02/01**
VALOR INICIAL DEL CONTRATO	$ 9.411.600	**No. HORAS EJECUTADAS**	**264**
VALOR TOTAL DEL CONTRATO INCLUIDO ADICIONES:	$ 28.665.000	**VALOR DE HONORARIOS PERÍODO A CERTIFICAR:**	$ 3.458.400
PLAZO DEL CONTRATO INCLUYENDO PRORROGAS	NUEVE (9) MESES		
UNIDAD FUNCIONAL DE EJECUCIÓN DE ACTIVIDADES:	HOSPITAL LA VICTORIA		
NOMBRE DEL SUPERVISOR:	MARIANO ALEJANDRO DE JESUS ORTEGA LONDOÑO		

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	Mantengo mi área de trabajo limpia, organizado y desinfectada, así como los elementos que utilizo para realizar mis actividades. También realizo los registros correspondientes en los formatos establecidos.
2	Cumplo con las normas y procedimientos establecidos para el desempeño de mis funciones en el área asignada y diligencio los formatos requeridos para la distribución de fórmulas lácteas.
3	Preparo y manipulo las fórmulas lácteas y enterales de forma segura, siguiendo las indicaciones de dosificación y la prescripción nutricional, procurando conservar su calidad e inocuidad durante todo el proceso.
4	Garantizo la correcta conservación y manejo de la leche materna destinada a los servicios de neonatología, siguiendo los procedimientos establecidos.
5	Realizo la limpieza, desinfección y esterilización del material utilizado en la preparación y administración de fórmulas lácteas y enterales, dejando el respectivo registro de entrega y recibo cuando corresponde.
6	Asisto a las reuniones, capacitaciones y espacios de seguimiento programados, con el fin de fortalecer mis conocimientos y mejorar el desarrollo de mis funciones
7	Informo oportunamente a la supervisión cualquier novedad relacionada con equipos, materiales, insumos o situaciones que puedan afectar el funcionamiento del área de trabajo.
8	Desempeño las actividades propias de mi cargo de acuerdo con las normas, procedimientos y necesidades del servicio, cumpliendo con las responsabilidades establecidas en mi contrato.
9	Cumplo con la programación de actividades y los horarios establecidos para el desarrollo de mis funciones, de acuerdo con la planificación del servicio.
10	Desarrollo mis actividades en cualquiera de las unidades de la Subred Centro Oriente, según la asignación realizada por la supervisión y las necesidades del servicio.
11	Participo en las capacitaciones programadas para fortalecer mis conocimientos sobre el Código Internacional de Comercialización de Sucedáneos de la Leche Materna y la promoción de la lactancia materna.
12	Registro oportunamente las condiciones de temperatura y humedad del área de trabajo en los formatos correspondientes para contribuir al adecuado control del ambiente.

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° 9508223265	OPERADOR:	APORTES EN LINEA

CONCEPTO DEL PAGO	ENTIDAD	FECHA DE PAGO	VALOR PAGADO
SALUD:	SANITAS	2026/08/13	$ 218.900
PENSIÓN:	PORVENIR	2026/08/13	$ 0
RIESGOS LABORALES:	SURA	2026/08/13	$ 42.700
OTRO			
TOTAL PAGADO			$ 261.600

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	*GINNA LILIANA RODRIGUEZ SORIANO* *PS_1250_2026_A085D5* **GINNA LILIANA RODRIGUEZ SORIANO** **CC: 52732425**
FIRMA DE QUIEN VALIDA	*FRANK STEPHAN VANEGAS CARVAJAL* *PS_1250_2026_A085D5* **FRANK STEPHAN VANEGAS CARVAJAL** **SUPERVISOR ALTERNO**
FIRMA DE QUIEN CONVALIDA EL CUMPLIMIENTO DE LAS OBLIGACIONES PARA EL PRESENTE PERIODO DE PAGO	*MARIANO ALEJANDRO DE JESUS ORTEGA LONDOÑO* *PS_1250_2026_A085D5* **MARIANO ALEJANDRO DE JESUS ORTEGA LONDOÑO** **SUPERVISOR DEL CONTRATO**