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:	**YENIFER ALEXANDRA GOMEZ FERNANDEZ**			**CC:**	**1023882242**
CORREO ELECTRÓNICO:	**ALEXAGOMEZ2101614@HOTMAIL.COM**			**TELÉFONO:**	**1111111111**
DIRECCIÓN DOMICILIO:	**CL 40 ESTE SUR 3C 40 ESTE**			**CIUDAD:**	**BOGOTA**
BANCO AL CUAL CONSIGNAR:	**BANCOLOMBIA**	**TIPO DE CUENTA:**	**AHORROS**	**N° CUENTA:**	**23310832715**
DATOS DEL CONTRATO O ADICION Y PERIODO OBJETO DE PAGO					
Nº DEL CONTRATO:	**PS 1025 2026**	**VALOR CORRESPONDIENTE AL PERIODO OBJETO DE COBRO**			**$ 2.829.600**
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**				

YENIFER ALEXANDRA GOMEZ FERNANDEZ
PS_1025_2026_41378E

NOMBRE Y FIRMA DEL CONTRATISTA:
YENIFER ALEXANDRA GOMEZ FERNANDEZ
CC: 1023882242
CEL: 1111111111

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			
YENIFER ALEXANDRA GOMEZ FERNANDEZ			
	CON C.C N°	**1.023.882.242**	
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 1025 2026**	**FECHA INICIO CONTRATO**	**2026/02/01**
VALOR INICIAL DEL CONTRATO	$ 9.411.600	**No. HORAS EJECUTADAS**	**216**
VALOR TOTAL DEL CONTRATO INCLUIDO ADICIONES:	$ 20.966.200	**VALOR DE HONORARIOS PERÍODO A CERTIFICAR:**	$ 2.829.600
PLAZO DEL CONTRATO INCLUYENDO PRORROGAS	SIETE (7) MESES		
UNIDAD FUNCIONAL DE EJECUCIÓN DE ACTIVIDADES:	HOSPITAL SAN BLAS		
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	Garantizo la inocuidad, manipulación, preparación y distribución de las fórmulas Cumplo con la normatividad vigente en cuanto a mi desempeño y permanencia en el área de trabajo asignada, diligenciando los formatos de distribución de fórmulas lácteas.
2	Aseguro la correcta conservación y administración de la leche materna para los servicios de neonatología, diligenciando listas de chequeo.
3	Cumplo con la limpieza, desinfección y esterilización del material necesario para la preparación y administración de fórmulas lácteas y enterales, dejando constancia en los formatos de entrega y recibo del lactario.
4	Cumplo con la organización, limpieza y desinfección del área, así como con los elementos necesarios para la ejecución de actividades, diligenciando los registros en libro y en los formatos correspondientes.
5	Participo en reuniones y capacitaciones programadas para la supervisión, registrando mi asistencia en las actas correspondientes.
6	Registro adecuadamente en los formatos respectivos las condiciones de humedad y temperatura en el área.
7	Velé por la inocuidad, el correcto manejo, la preparación y dispensación de las fórmulas lácteas y enterales, siguiendo la dosificación y prescripción dietaria, asegurando siempre la calidad microbiológica y nutricional.
8	Participo de forma periódica en actividades de capacitación para el fortalecimiento del conocimiento sobre el Código Internacional de Lactancia Materna.
9	Atiendo la programación de agendas o concertación de cronogramas para el desarrollo de mis actividades, de acuerdo con los formatos de necesidad de personal.
10	Informo oportunamente a la supervisión sobre cualquier novedad relacionada con equipos, materiales o insumos del área, tanto verbalmente como mediante los registros establecidos.
11	Ejecuto las tareas propias de mi cargo en concordancia con las normas y reglamentos vigentes, garantizando el cumplimiento del objeto contractual y las necesidades del servicio.
12	Desempeñé mis funciones en las diferentes unidades de la Subred Centro Oriente E.S.E., conforme a la asignación establecida por mi supervisor.

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° 93819167	OPERADOR:	MI PLANILLA

CONCEPTO DEL PAGO	ENTIDAD	FECHA DE PAGO	VALOR PAGADO
SALUD:	COMPENSAR	2026/08/12	$ 218.900
PENSIÓN:	COLPENSIONES	2026/08/12	$ 280.200
RIESGOS LABORALES:	SURA	2026/08/12	$ 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	*YENIFER ALEXANDRA GOMEZ FERNANDEZ* *PS_1025_2026_41378E* **YENIFER ALEXANDRA GOMEZ FERNANDEZ** **CC: 1023882242**
FIRMA DE QUIEN VALIDA	*FRANK STEPHAN VANEGAS CARVAJAL* *PS_1025_2026_41378E* **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_1025_2026_41378E* **MARIANO ALEJANDRO DE JESUS ORTEGA LONDOÑO** **SUPERVISOR DEL CONTRATO**