## Transacción Aprobada

Su planilla ha sido enviada y pagada con éxito. Por favor imprima este comprobante como soporte del envío y pago de su planilla.

### Información de la Planilla Pagada

| | |
|---|---|
| **Nit de comercio Operador de Información** | 900097333-9 |
| **Razón Social del Operador de Información** | SIMPLE S.A. |
| **Descripción** | Pago de SuAporte |
| **Fecha** | 2026-08-12, 06:43:35 PM en horario extendido |
| **Periodo de Cotización Otros Riesgos** | julio de 2026 |
| **Periodo de Cotización Para Salud** | julio de 2026 |
| **Empresa** | YENCY KAROLINA PACHECO ACERO |
| **CEDULA CIUDADANIA** | CC 1022997086 |
| **Código Sucursal (Nombre)** | ( ) |
| **Referencia de Pago/ Número Planilla** | 1083539767 |
| **Tipo de Planilla** | I |
| **Número Transacción Bancaria/ CUS** | 561891251 |
| **Banco** | (1051) - BANCO DAVIVIENDA |
| **Valor** | $ 552.400 |
| **Estado de la Transacción** | Aprobada |
| **Dirección IP de Origen** | www.simple.co |

| Nit | Código | Administradora | Número Afiliados | Valor sin Mora | Total Intéreses Mora |
|---|---|---|---|---|---|
| N800224808 | 230301 | PORVENIR | 1 | $ 280.200 | $ 0 |
| N860066942 | EPS008 | COMPENSAR ENTIDAD PROMOTORA DE SALUD | 1 | $ 218.900 | $ 0 |
| N860002503 | 14-7 | SEGUROS BOLIVAR SA | 1 | $ 42.700 | $ 0 |
| N860066942 | CCF24 | CAJA DE COMPENSACION FAMILIAR COMPENSAR | 1 | $ 10.600 | $ 0 |

| | | |
|---|---|---|
| **SubTotales:** | $ 552.400 | $ 0 |
| **Total a Pagar:** | | $ 552.400 |



**Líneas de Servicio FonoSIMPLE: Bogotá 601 4446634 - Cali: 602 5540577 - Medellín: 604 5146669 - Bucaramanga: 607 6438000 - Cartagena: 605 6945444 - Pereira: 608 3402582 - Barranquilla: 605 3618850 - Resto del País: 018000 971 971 - ¡Más que Fácil, SIMPLE!**

**SIMPLE S.A. no se hace responsable de las planillas y pagos realizados a través de otros operadores de información dado que no tiene medios para corroborar la veracidad de la misma, su alcance se limita a replicar la información suministrada directamente por el cliente.**

**Antes de imprimir, asegúrese que sea realmente necesario. Proteger el medio ambiente está en nuestras manos.**

¡El Poder de lo SIMPLE!

**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:** | **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** | | | **$ 2.049.300** |
| **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** | | | | |

*YENCY KAROLINA PACHECO ACERO*
*PS_2061_2026_C966C8*

**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**<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** | | | |
| **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** | **162** |
| **VALOR TOTAL DEL CONTRATO INCLUIDO ADICIONES:** | $ 15.698.650 | **VALOR DE HONORARIOS PERÍODO A CERTIFICAR:** | $ 2.049.300 |
| **PLAZO DEL CONTRATO INCLUYENDO PRORROGAS** | SIETE (7) 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 | . 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 (2026-08-01) AL (2026-08-31)

IV. INFORMACIÓN DE APORTES A SEGURIDAD SOCIAL

| | | | |
|---|---|---|---|
| No. DE PLANILLA: | N° 1083539767 | OPERADOR: | SIMPLE |

| CONCEPTO DEL PAGO | ENTIDAD | FECHA DE PAGO | VALOR PAGADO |
|---|---|---|---|
| SALUD: | COMPENSAR | 2026/08/12 | $ 218.900 |
| PENSIÓN: | PORVENIR | 2026/08/12 | $ 280.200 |
| RIESGOS LABORALES: | SEGUROS BOLIVAR | 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** | *YENCY KAROLINA PACHECO ACERO*<br>*PS_2061_2026_C966C8*<br>**YENCY KAROLINA PACHECO ACERO**<br>**CC: 1022997086** |
| **FIRMA DE QUIEN CONVALIDA EL CUMPLIMIENTO DE LAS OBLIGACIONES PARA EL PRESENTE PERIODO DE PAGO** | *DIANA ISABEL MORA MORALES*<br>*PS_2061_2026_C966C8*<br>**DIANA ISABEL MORA MORALES**<br>**SUPERVISOR DEL CONTRATO** |