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 CAROLINA GARZON DE CASTELLANOS**			**CC:**	**52478826**
CORREO ELECTRÓNICO:	**CAROLINAGARZONM@GMAIL.COM**			**TELÉFONO:**	**3104550625**
DIRECCIÓN DOMICILIO:	**CL 50A # 80D 31**			**CIUDAD:**	**BOGOTA**
BANCO AL CUAL CONSIGNAR:	**BANCO DE BOGOTA**	**TIPO DE CUENTA:**	**AHORROS**	**N° CUENTA:**	**102617685**
DATOS DEL CONTRATO O ADICION Y PERIODO OBJETO DE PAGO					
Nº DEL CONTRATO:	**PS 3116 2026**	**VALOR CORRESPONDIENTE AL PERIODO OBJETO DE COBRO**			**$ 6.848.000**
FECHA DE INICIO CONTRATO	**2026/02/04**	**FECHA DE TERMINACIÓN CONTRATO:**			**2026/08/31**
PERIODO OBJETO DE COBRO:	**DEL 2026/08/01 AL 2026/08/31**				

INGRID CAROLINA GARZON DE CASTELLANOS
PS_3116_2026_4E8708

NOMBRE Y FIRMA DEL CONTRATISTA:
INGRID CAROLINA GARZON DE CASTELLANOS
CC: 52478826
CEL: 3104550625

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			
INGRID CAROLINA GARZON DE CASTELLANOS			
	CON C.C N°	**52.478.826**	
OBJETO DEL CONTRATO:	PRESTAR SERVICIOS COMO PROFESIONAL ESPECIALIZADO V PARA DESARROLLAR ACTIVIDADES EN LA DIRECCION DE SERVICIOS HOSPITALARIOS-MEDICINA DE LA SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E.		
CONTRATO DE PRESTACION DE SERVICIOS PROFESIONALES No.	**PS 3116 2026**	**FECHA INICIO CONTRATO**	**2026/02/04**
VALOR INICIAL DEL CONTRATO	$ 27.392.000	**No. HORAS EJECUTADAS**	**0**
VALOR TOTAL DEL CONTRATO INCLUIDO ADICIONES:	$ 47.022.933	**VALOR DE HONORARIOS PERÍODO A CERTIFICAR:**	$ 6.848.000
PLAZO DEL CONTRATO INCLUYENDO PRORROGAS	SIETE (7) MESES		
UNIDAD FUNCIONAL DE EJECUCIÓN DE ACTIVIDADES:	HOSPITAL SANTA CLARA		
NOMBRE DEL SUPERVISOR:	SAUL ARDILA DURAN		

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)**
	Realizó las actividades que se generaron directa e indirectamente del objeto contractual en las unidades de prestación de servicios asignadas, de acuerdo con la programación establecida. Cumplió las funciones correspondientes al servicio asistencial de complejidad II y III en la Unidad de Gastroenterología, servicio prestado de manera transversal en los cuatro hospitales de mayor complejidad de la Subred: Hospital Santa Clara, Hospital San Blas, Hospital La Victoria y Hospital Jorge Eliécer Gaitán. Conoció y ejecutó las funciones y actividades propias del auxiliar de enfermería de Gastroenterología, coordinando, programando y realizando seguimiento a las actividades desarrolladas por cada auxiliar de enfermería del servicio en las diferentes unidades de funcionamiento. Apoyó la supervisión y el seguimiento de los contratos celebrados por la Subred, cuando fue requerido. Conoció y gestionó la ruta, los trámites y el proceso relacionado con las órdenes de procedimientos endoscópicos. Vigiló y verificó el cumplimiento de los requisitos, trámites y gestión de las órdenes de procedimientos, desde su autorización hasta la ejecución de los mismos. Conoció y gestionó los requisitos previos para la programación de procedimientos, la preparación de los pacientes, la facturación y el registro de los cargos correspondientes a los insumos consumidos durante los procedimientos endoscópicos. Verificó directamente el proceso de limpieza, desinfección, depósito y cuidado de los equipos endoscópicos, de acuerdo con los protocolos institucionales establecidos para el reprocesamiento de equipos. Conoció, orientó y vigiló el cumplimiento del proceso y el direccionamiento adecuado de las biopsias digestivas, garantizando su correcta gestión y trazabilidad. Conoció y gestionó los insumos y equipos médico-quirúrgicos requeridos por el servicio, realizando inventarios, solicitudes de pedidos y evaluaciones técnicas necesarias para garantizar el adecuado funcionamiento de la Unidad de Gastroenterología en las diferentes unidades de prestación de servicios. Actuó como enlace técnico entre las diferentes unidades para la programación, autorización, traslado y ejecución de los procedimientos endoscópicos, particularmente en lo relacionado con las Prestaciones de Servicios (PRES) y las disponibilidades requeridas. Informó oportunamente al equipo de salud, profesionales, referentes, supervisores y jefes inmediatos sobre las condiciones de los pacientes, infraestructura, equipos y demás situaciones de alerta que pudieran afectar la seguridad de los pacientes o del personal. Realizó oportunamente los pedidos de medicamentos requeridos para garantizar la atención adecuada y oportuna de los pacientes. Elaboró y socializó los cronogramas, cuadros de actividades y disponibilidades de especialistas y personal de enfermería correspondientes a cada mes. Realizó la programación y envío mensual de las agendas requeridas para la apertura de procedimientos ambulatorios y consulta externa del servicio de Gastroenterología. Verificó, realizó el montaje, gestionó la entrega y efectuó la subsanación mensual de las glosas correspondientes a las cuentas médicas por pagar de cada especialista del servicio. Elaboró y envió los informes mensuales relacionados con indicadores de actividades, bioseguridad y demás informes solicitados por la institución y los responsables de los procesos. Verificó y realizó seguimiento al cumplimiento, por parte del personal, de los protocolos, guías y demás instrumentos institucionales establecidos para la prestación segura y adecuada de los servicios. Conoció, vigiló y cumplió las normas y lineamientos institucionales relacionados con bioseguridad. Asistió y participó en las diferentes jornadas de capacitación y evaluaciones relacionadas con los procesos, protocolos y guías establecidos por la institución.

1	Apoyó el proceso de consolidación, seguimiento y evaluación de los indicadores de gestión y calidad del servicio de Gastroenterología. Apoyó la programación y seguimiento de los programas de promoción y prevención ejecutados en la Subred, de acuerdo con las actividades asignadas. Apoyó y suministró la información requerida para la asistencia y participación en los diferentes comités institucionales. Apoyó la preparación, organización y atención de las auditorías realizadas por los diferentes organismos de control y demás entes competentes. Realizó las demás actividades que le fueron asignadas por el supervisor, de acuerdo con las necesidades del servicio y las funciones contenidas en el Formato de Necesidad de Personal, el cual hace parte integral del contrato.

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° 8393406241	OPERADOR:	MI PLANILLA

CONCEPTO DEL PAGO	ENTIDAD	FECHA DE PAGO	VALOR PAGADO
SALUD:	SURA	2026/08/11	$ 342.800
PENSIÓN:	COLPENSIONES	2026/08/11	$ 438.800
RIESGOS LABORALES:	SEGUROS BOLIVAR	2026/08/11	$ 66.900
OTRO			
TOTAL PAGADO			$ 848.500

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 CAROLINA GARZON DE CASTELLANOS* *PS_3116_2026_4E8708* **INGRID CAROLINA GARZON DE CASTELLANOS** **CC: 52478826**
FIRMA DE QUIEN VALIDA	*DEISY YANETH HENAO VILLALOBOS* *PS_3116_2026_4E8708* **DEISY YANETH HENAO VILLALOBOS** **SUPERVISOR ALTERNO**

FIRMA DE QUIEN CONVALIDA EL CUMPLIMIENTO DE LAS OBLIGACIONES PARA EL PRESENTE PERIODO DE PAGO	*SAUL ARDILA DURAN* *PS_3116_2026_4E8708* **SAUL ARDILA DURAN** **SUPERVISOR DEL CONTRATO**

Compensar operador de información certifica que procesó el pago realizado por:

Señor(a): INGRID CAROLINA GARZON MERCHAN
No. Identificación: CC52478826
Dirección: CALLE 50 A SUR NO. 80 D- 35
Telefono: 4519297
Correo: CAROLINAGARZONM@GMAIL.COM
Ciudad: BOGOTÁ, D.C.
Número de Planilla: 8393406241

CITE EL NÚMERO DE PLANILLA PARA CUALQUIER CONSULTA DE PAGO

Nombre Aportante	INGRID CAROLINA GARZON MERCHAN
Tipo y número de identificación	CC52478826
Número de planilla	8393406241
Fecha pago	2026-08-11
Número de autorización pago	40918611
Banco	1023

Número de Empleados	1
Periodo de Cotización Salud	julio de 2026
Periodo de Cotización Pensión	julio de 2026
Número de Administradoras	4
Total Pagado	865100
Total Intereses de Mora	900

PAGADA

CÓDIGO ADMINISTRADORA	NOMBRE	TOTAL PAGADO	NÚMERO DE AFILIADOS
14-7	Cia. de Seguros Bolivar S.A.	66900	1
25-14	Administradora Colombiana de Pensiones - Colpensiones	438800	1
CCF24	Compensar Caja de Compensacion Fliar	16600	1
EPS010	EPS Sura	342800	1

8393406241

TIPO DOC.: CC
NO. DOCUMENTO: 52478826
APELLIDOS Y NOMBRES: INGRID CAROLINA GARZON MERCHAN

Cód. EPS	Cód. AFP	IBC SALUD	IBC PENSIÓN	IBC RIESGOS	IBC CAJAS	COTIZACIÓN SALUD	VALOR UPC	COTIZACIÓN PENSIÓN	FONDO SOLIDARIDAD Y SUBSISTENCIA	COTIZACIÓN RIESGOS	APORTE CAJAS
EPS010	25-14	2740000	2740000	2740000	2740000	342500	0	438400	0	66800	16500

Este documento está clasificado como PRIVADO por parte de Compensar Operador de Información