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: (30-09-2026)					
NOMBRES Y APELLIDOS:	**AZUCENA BUITRAGO LEITON**			**CC:**	**52290580**
CORREO ELECTRÓNICO:	**BUITRAGOAZUCENA6@GMAIL.COM**			**TELÉFONO:**	**3125314153**
DIRECCIÓN DOMICILIO:	**KR 8D 76B 52 SUR**			**CIUDAD:**	**BOGOTA**
BANCO AL CUAL CONSIGNAR:	**BANCO DAVIVIENDA S.A.**	**TIPO DE CUENTA:**	**AHORROS**	**N° CUENTA:**	**006800915230**
DATOS DEL CONTRATO O ADICION Y PERIODO OBJETO DE PAGO					
Nº DEL CONTRATO:	**PS 2043 2026**	**VALOR CORRESPONDIENTE AL PERIODO OBJETO DE COBRO**			**$ 2.783.000**
FECHA DE INICIO CONTRATO	**2026/02/01**	**FECHA DE TERMINACIÓN CONTRATO:**			**2026/10/31**
PERIODO OBJETO DE COBRO:	**DEL 2026/09/01 AL 2026/09/30**				

AZUCENA BUITRAGO LEITON
PS_2043_2026_898FCA

NOMBRE Y FIRMA DEL CONTRATISTA:
AZUCENA BUITRAGO LEITON
CC: 52290580
CEL: 3125314153

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			
AZUCENA BUITRAGO LEITON			
	CON C.C N°	**52.290.580**	
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 2043 2026**	**FECHA INICIO CONTRATO**	**2026/02/01**
VALOR INICIAL DEL CONTRATO	$ 9.411.600	**No. HORAS EJECUTADAS**	**220**
VALOR TOTAL DEL CONTRATO INCLUIDO ADICIONES:	$ 24.085.600	**VALOR DE HONORARIOS PERÍODO A CERTIFICAR:**	$ 2.783.000
PLAZO DEL CONTRATO INCLUYENDO PRORROGAS	NUEVE (9) MESES		
UNIDAD FUNCIONAL DE EJECUCIÓN DE ACTIVIDADES:	CENTRO DE SALUD DIANA TURBAY		
NOMBRE DEL SUPERVISOR:	GLORIA MARITZA PINILLA PINILLA		

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	se desarrollarán las actividades contractuales de acuerdo al cronograma para el mes deSEPTIEMBRE 2026
2	Se realizó la toma al 100 % del paciente al mes de SEPTIEMBRE 2026
3	Se realizó la preparación al 100% de los pacientes asignados al mes de SEPTIEMBRE 2026
4	El 100% de las actividades derivada del plan de cuidado de enfermería se realizaron teniendo en cuenta las practicas seguras del mes SEPTIEMBRE 2026
5	Se realizó el reporte de suceso de seguridad identificados del mes SEPTIEMBRE 2026
6	Se garantizó el reporte del 100% de las desviaciones en la evolución del paciente al equipo del trabajo del mes de SEPTIEMBRE 2026
7	Se realizó revisión de las historias clínicas de los pacientes asignados al 100 % del mes de SEPTIEMBRE 2026
8	Se realizó revisión de las historias clínicas de los pacientes asignados al 100 % del mes de SEPTIEMBRE 2026
9	Se garantizó el cumplimiento de ellas actividades programadas del mes de SEPTIEMBRE 2026
10	Se realizó la revisión diaria del inventario correspondiente al área en el mes de SEPTIEMBRE 2026
11	Se realizaron las actividades contractuales teniendo en cuenta los institucionales relacionados con los procesos de enfermería en el mes de SEPTIEMBRE 2026
12	Se realizó la participación en las reuniones programadas para el mes de SEPTIEMBRE 2026
13	Se garantizó el proceso de limpieza y desinfección rutinaria y terminal en la unidad del paciente, así como las diferentes áreas del servicio durante el mes de SEPTIEMBRE 2026
14	Se realizó la toma de muestras de laboratorio al 100% de los pacientes que requirieron la necesidad de la toma en el mes de SEPTIEMBRE 2026
15	Se realizó la asistencia en la alimentación a los pacientes asignados con grado de dependencia de enfermería conservando las precauciones establecidas en el mes de SEPTIEMBRE 2026
16	Se realizó el control de líquidos administrados y eliminados al 100% de los pacientes asignados al mes de SEPTIEMBRE 2026
17	Se realizó el uso adecuado del uniforme durante la programación de actividades del mes de SEPTIEMBRE 2026
18	Se garantizó la atención del paciente con calidad, calidez y humanización a los pacientes asignados en el mes de SEPTIEMBRE 2026 reporte de PQR relacionado con la prestación de mi servicio
19	Se garantizó la educación e información al 100% de los pacientes asignados incluidos en su familia en el mes de SEPTIEMBRE 2026
20	El 100% de las actividades realizadas a los pacientes asignados se realizaron teniendo en cuenta las competencias técnicas del mes de SEPTIEMBRE 2026

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 (2026-09-01) AL (2026-09-30)

IV. INFORMACIÓN DE APORTES A SEGURIDAD SOCIAL

No. DE PLANILLA:	N° 1084320013	OPERADOR:	SIMPLE

CONCEPTO DEL PAGO	ENTIDAD	FECHA DE PAGO	VALOR PAGADO
SALUD:	COMPENSAR	2026/09/10	$ 218.900
PENSIÓN:	COLPENSIONES	2026/09/10	$ 280.200
RIESGOS LABORALES:	SEGUROS BOLIVAR	2026/09/10	$ 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	*AZUCENA BUITRAGO LEITON* *PS_2043_2026_898FCA* **AZUCENA BUITRAGO LEITON** **CC: 52290580**
FIRMA DE QUIEN CONVALIDA EL CUMPLIMIENTO DE LAS OBLIGACIONES PARA EL PRESENTE PERIODO DE PAGO	*GLORIA MARITZA PINILLA PINILLA* *PS_2043_2026_898FCA* **GLORIA MARITZA PINILLA PINILLA** **SUPERVISOR DEL CONTRATO**