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:	**NURY DEL CARMEN VANEGAS SUAREZ**			**CC:**	**32731605**
CORREO ELECTRÓNICO:	**NCVANEGAS@HOTMAIL.COM**			**TELÉFONO:**	**3108736230**
DIRECCIÓN DOMICILIO:	**KR 94 A 65 41 SUR**			**CIUDAD:**	**BOGOTA**
BANCO AL CUAL CONSIGNAR:	**BANCOLOMBIA**	**TIPO DE CUENTA:**	**AHORROS**	**N° CUENTA:**	**89566691737**
DATOS DEL CONTRATO O ADICION Y PERIODO OBJETO DE PAGO					
Nº DEL CONTRATO:	**PS 2405 2026**	**VALOR CORRESPONDIENTE AL PERIODO OBJETO DE COBRO**			**$ 4.436.100**
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**				

NURY DEL CARMEN VANEGAS SUAREZ
PS_2405_2026_3285BC

NOMBRE Y FIRMA DEL CONTRATISTA:
NURY DEL CARMEN VANEGAS SUAREZ
CC: 32731605
CEL: 3108736230

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			
NURY DEL CARMEN VANEGAS SUAREZ			
	CON C.C N°	**32.731.605**	
OBJETO DEL CONTRATO:	PRESTAR SERVICIOS COMO ENFERMERO PARA DESARROLLAR ACTIVIDADES EN LA DIRECCION DE SERVICIOS HOSPITALARIOS-ENFERMERIA DE LA SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E.		
CONTRATO DE PRESTACION DE SERVICIOS PROFESIONALES No.	**PS 2405 2026**	**FECHA INICIO CONTRATO**	**2026/02/01**
VALOR INICIAL DEL CONTRATO	$ 17.744.400	**No. HORAS EJECUTADAS**	**186**
VALOR TOTAL DEL CONTRATO INCLUIDO ADICIONES:	$ 29.192.400	**VALOR DE HONORARIOS PERÍODO A CERTIFICAR:**	$ 4.436.100
PLAZO DEL CONTRATO INCLUYENDO PRORROGAS	SIETE (7) MESES		
UNIDAD FUNCIONAL DE EJECUCIÓN DE ACTIVIDADES:	HOSPITAL MATERNO INFANTIL		
NOMBRE DEL SUPERVISOR:	NATALY DUQUE SALAZAR		

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. Ejecutar las actividades de acuerdo a la función de su perfil profesional de enfermería.2. recibir y entregar turno de acuerdo al protocolo institucional. 3. Realizar el plan de cuidado diario de enfermería. seguimiento y respectiva evaluación de acuerdo al diagnóstico y necesidades identificadas. 4. Verificar medidas preventivas de eventos adversos e identificando riesgos, garantizando la seguridad del paciente y reportando los eventos adversos que se presenten. 5. Administrar y registrar medicamentos oportunamente verificando el cuidado directo a los pacientes de acuerdo a los protocolos y guías establecidas. 6. Supervisar las actividades del personal auxiliar de enfermería y camilleros, verificando que se realicen los procedimientos y revisando que cumplan los registros de enfermería. 7. Realizar actualización del kardex y tarjetas de medicamentos de acuerdo al protocolo institucional. 8. Controlar los suministros y existencias de insumos y medicamentos de los pacientes del servicio. 9. Realizar las devoluciones al servicio de farmacia de los medicamentos e insumos por paciente antes del egreso y diariamente cuando así lo amerite. 10. participar en forma activa en la revista médica diaria dando sus aportes según sea el caso. 11. realizar la asignación de paciente a cada auxiliar de acuerdo al número de pacientes, complejidad y necesidades del servicio. 12. responder por los inventarios, conservación y uso adecuado de los equipos, elementos e insumos entregados en el servicio. 13. Realizar la asignación oportuna de camas en el mapa de camas de sistema de información. 14. Gestionar y realizar el traslado de pacientes entre servicios de acuerdo a necesidad, a fin de optimizar el giro de cama. 14. Tramitar de forma oportuna exámenes de laboratorio, radiología, exámenes especiales y remisiones que requieran los pacientes a cargo. 15. Dar cumplimiento a la resolución 1995 de 1999 y al manual de manejo de historia clínica de la subred. 16. Dar cumplimiento con lo establecido en las normas y protocolos de la institución en cuanto al uso del uniforme y elementos de protección dentro de las áreas asignadas. 17. Realizar cumplimiento según protocolo del Carro Paro, verificando secuencia, candados de seguridad, seguimiento, revisión, registros oportunos según formatos establecidos teniendo en cuenta el registro de temperatura y descarga del desfibrilador. 18. Portar el carnet institucional de la subred durante la ejecución de actividades contractuales. 19. Hacer parte del proceso de inducción de forma activa y positiva al personal nuevo. 20. Verificación, ejecución y supervisión de protocolo limpieza y desinfección con el personal a cargo y su respectivo registro. 21. Ejercer las actividades propias de la profesión de conformidad con las normas y/o reglamentos institucionales. 25. Apoyar actividades relacionadas con el proceso de acreditación y habilitación de la Subred Integrada de Servicios de Salud Centro Oriente E.S.E. 27. Participar en la elaboración de protocolos, manuales y guías del servicio. 30. Realizar los registros respectivos y necesarios de la atención del paciente en la historia clínica del sistema de información establecido en la subred o en formatos físicos cuando sea medio de contingencia. 31. Brindar educación e información al paciente y cuidadores respecto al cuidado general del paciente y normas institucionales. 32. Cumplir con protocolos y demás lineamientos institucionales que le apliquen a la ejecución de sus actividades contractuales. 33. Asistir a jornadas de capacitaciones, reuniones y eventos que se presenten en el servicio y en la institución de acuerdo a las actividades contractuales.

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° 1083927571	OPERADOR:	SIMPLE

CONCEPTO DEL PAGO	ENTIDAD	FECHA DE PAGO	VALOR PAGADO
SALUD:	SANITAS	2026/08/27	$ 225.700
PENSIÓN:	COLPENSIONES	2026/08/27	$ 288.800
RIESGOS LABORALES:	SURA	2026/08/27	$ 44.000
OTRO			
TOTAL PAGADO			$ 558.500

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	*NURY DEL CARMEN VANEGAS SUAREZ* *PS_2405_2026_3285BC* **NURY DEL CARMEN VANEGAS SUAREZ** **CC: 32731605**
FIRMA DE QUIEN VALIDA	*ANA CELIA GARCIA GARCIA* *PS_2405_2026_3285BC* **ANA CELIA GARCIA GARCIA** **SUPERVISOR ALTERNO**
FIRMA DE QUIEN CONVALIDA EL CUMPLIMIENTO DE LAS OBLIGACIONES PARA EL PRESENTE PERIODO DE PAGO	*NATALY DUQUE SALAZAR* *PS_2405_2026_3285BC* **NATALY DUQUE SALAZAR** **SUPERVISOR DEL CONTRATO**

PAGOSIMPLE | AUTOLIQUIDACION CONSOLIDADA

Fecha creación reporte: 2026-08-27, 03:16:43 PM **Tipo Planilla:** I: PLANILLA INDEPENDIENTES **Numéro Planilla:** 1083927571

Periodo Cotización: julio de 2026 **Periodo Servicio:** julio de 2026 **Referencia pago (PIN):** 8823921787

PAGADO 27/08/2026

I. DATOS DEL APORTANTE

Razón Social	NURY DEL CARMEN VANEGAS SUAREZ		
Documento	CC32731605	**Dirección**	CL 9 SUR #7 B - 36
Tipo de Empresa	INDEPENDIENTE	**Teléfono**	3108736230
Tipo Persona	NATURAL	**Forma Presentación**	ÚNICO
Ciudad	BOGOTA D.C.	**Departamento**	BOGOTA D.C.
Representante Legal		**Identificación**	
Total Afiliados	1	**ARP**	ARL SURA

II. DETALLE DEL APORTANTE

Datos del Afiliado				Novedades																	Pensiones			Salud			Riesgos			Cajas			Parafiscales					Total
Identificación	Apellidos y Nombres	Tipo Cotizante	Subtipo Cotizante	ING	RET	RET P.	TDE	TAE	TDP	TAP	VSP	COR	VST	SLN	IGE	LMA	VAC	AVP	VCT	IRP	Días EPS	Días ARP	Días CCF	Administradora	IBC Pensión	Aporte Pensión	Administradora	IBC Salud	Aporte Salud	Tarifa	IBC Riesgos	Aporte Riesgos	Administradora	IBC Caja	Aporte Caja	Aporte SENA	Aporte ICBF	ESAP	Aporte Ministerio	Total
CC 32731605	NURY DEL CARMEN VANEGAS SUAREZ	59	00																	0	30	30	0	(25-14) COLPENSIONES	$ 1.805.000	$ 288.800	(EPS005) EPS SANITAS	$ 1.805.000	$ 225.700	2,436	$ 1.805.000	$ 44.000	(NIN-CC) NINGUNA CCF	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 558.500

III.TOTALES

IBC Pensión	IBC Salud	IBC Riesgos	IBC Cajas	Aportes Pensión	Aportes Salud	Aportes Riesgos	Aportes Cajas	Aportes Sena	Aportes ICBF	Aportes ESAP	Aportes Min Educación	(Incapacidades, Licencias, Saldos a Favor) EPS	Incapacidades ARP	SUBTOTAL SIN INTERESES DE MORA	TOTAL INTERESES DE MORA	TOTAL FINAL
$ 1.805.000	$ 1.805.000	$ 1.805.000	$ 0	$ 288.800	$ 225.700	$ 44.000	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 558.500	$ 9.900	$ 568.400

Líneas de Servicio FonoSIMPLE: Bogotá 601 4446634 - Cali: 602 5540577 - Medellín: 604 5146669 - Bucaramanga: 607 6438000 - Cartagena: 605 6945444 - Pereira: 606 3402582 - Barranquilla: 605 3618850 - Resto del País: 018000 971 971 - ¡Más que Fácil, SIMPLE!

¡El Poder de lo SIMPLE!

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