**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:** | **SANDRA MILENA CASTAÑEDA BUITRAGO** | | | **CC:** | **52450705** |
| **CORREO ELECTRÓNICO:** | **SANNDY23@GMAIL.COM** | | | **TELÉFONO:** | **3202058241** |
| **DIRECCIÓN DOMICILIO:** | **KR 9 F ESTE 21 28 SUR** | | | **CIUDAD:** | **BOGOTA** |
| **BANCO AL CUAL CONSIGNAR:** | **BANCO DAVIVIENDA S.A.** | **TIPO DE CUENTA:** | **AHORROS** | **N° CUENTA:** | **008480167314** |
| **DATOS DEL CONTRATO O ADICION Y PERIODO OBJETO DE PAGO** | | | | | |
| **Nº DEL CONTRATO:** | **PS 3318 2026** | **VALOR CORRESPONDIENTE AL PERIODO OBJETO DE COBRO** | | | **$ 2.352.900** |
| **FECHA DE INICIO CONTRATO** | **2026/02/20** | **FECHA DE TERMINACIÓN CONTRATO:** | | | **2026/10/31** |
| **PERIODO OBJETO DE COBRO:** | **DEL 2026/09/01 AL 2026/09/30** | | | | |

*SANDRA MILENA CASTAÑEDA BUITRAGO*
*PS_3318_2026_A2C1F2*

**NOMBRE Y FIRMA DEL CONTRATISTA:**
**SANDRA MILENA CASTAÑEDA BUITRAGO**
**CC: 52450705**
**CEL: 3202058241**

| | | |
|---|---|---|
| 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** | | | | |
| **SANDRA MILENA CASTAÑEDA BUITRAGO** | | | | |
| | **CON C.C N°** | **52.450.705** | | |
| **OBJETO DEL CONTRATO:** | PRESTAR SERVICIOS COMO AUXILIAR DE ENFERMER?A PARA DESARROLLAR ACTIVIDADES EN LA DIRECCI?N DE SERVICIOS AMBULATORIOS DE LA SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS EN SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E. | | | |
| **CONTRATO DE PRESTACION DE SERVICIOS PROFESIONALES No.** | **PS 3318 2026** | **FECHA INICIO CONTRATO** | **2026/02/20** | |
| **VALOR INICIAL DEL CONTRATO** | $ 7.921.430 | **No. HORAS EJECUTADAS** | **186** | |
| **VALOR TOTAL DEL CONTRATO INCLUIDO ADICIONES:** | $ 19.432.930 | **VALOR DE HONORARIOS PERÍODO A CERTIFICAR:** | $ 2.352.900 | |
| **PLAZO DEL CONTRATO INCLUYENDO PRORROGAS** | NUEVE (9) MESES | | | |
| **UNIDAD FUNCIONAL DE EJECUCIÓN DE ACTIVIDADES:** | CENTRO DE SALUD LA CANDELARIA | | | |
| **NOMBRE DEL SUPERVISOR:** | CLAUDIA MARCELA MELO PASTRAN | | | |

| ITEM | II. ACTIVIDADES REALIZADAS EN EL PERIODO, DE ACUERDO CON EL OBJETO Y LAS OBLIGACIONES ESTABLECIDAS EN EL CONTRATO<br>(Deben ser coherentes con las obligaciones específicas del contrato realizadas durante el mes) |
|---|---|
| 1 | 1. Realizar captación a usuarios del servicio de consulta externa y realizar seguimiento a su asistencia a las agendas programadas. |
| 2 | Realizar seguimiento a la población en la subred a fin de garantizar su atención integral. |
| 3 | Asignar las citas de promoción y prevención a la población de la subred y hacer llamado de recordatorio el día anterior. |
| 4 | Realizar seguimiento a la adherencia de los usuarios mediante la evaluación del cumplimiento de las actividades establecidas del sistema de información. |
| 5 | Apoyar el manejo de base de datos y seguimiento nominal, cuando se requiera. |
| 6 | 6. Realizar el registro de información generada del seguimiento resultante a la población de la Subred-Agendas. |
| 7 | 6. Realizar el registro de información generada del seguimiento resultante a la población de la ubred-Agendas.<br><br>7. Cumplir las normas institucionales de bioseguridad, vigilancia epidemiológica, gestión ambiental, salud ocupacional y demás políticas Institucionales. Responder por los inventarios, realizar control, conservación y uso adecuado de los equipos, elementos e insumos, al igual que el cuidado de la infraestructura del servicio y/o área donde se encuentre desarrollando las actividades. |
| 8 | 8. Ofrecer trato con calidez y calidad al paciente y la familia, dando una atención humanizada conservando el respeto por la dignidad humana según política institucional de humanización . |
| 9 | 9. Mantener la reserva y confidencialidad de la información clínica y personal de los pacientes, dando cumplimiento a la resolución 1995 y al manual de manejo de historia clínica establecido por la institución. |
| 10 | 10. Realizar asesorías pretest y pruebas rápidas en los diferentes servicios intramurales y extramurales según solicitudes realizadas generando el respectivo registro en la historia clínica, planillas e informes garantizando que se realicen los respectivos informes . |
| 11 | 11. Realizar búsqueda activa de población clave, realizando todo el proceso correspondiente para el diagnóstico (pruebas rápidas) |
| 12 | 12. Notificar casos nuevos (SIVIGILA) |
| 13 | 13. Promover, participar en Jornadas de tamizaje de población en riesgo, en las diferentes unidades y servicios; realizando registros estadisticos de las asesorías para los informes mensuales. |
| 14 | 14. Portar el carnet institucional de la SUBRED durante la ejecución de las actividades contractuales. |
| 15 | 15. solicitar, Alistar, entregar, custodiar y retornar limpieza y desinfección del instrumental según el área que corresponda teniendo en cuenta el manual de central de esterilización institucional. |
| 16 | 16. Prestar sus servicios como auxiliar de enfermería, en lo relacionado con actividades de promoción de la salud y prevención de la enfermedad. Realizando actualización de bases de datos y informes para entrega según fechas estipuladas por la sub red para seguimiento y monitoreo de cohortes., asignación de citas, demanda inducida, seguimiento, vacunación, esterilización, y demás procedimientos, dentro de los parámetros de calidad, definidos en la normatividad vigente del sistema obligatorio de garantía de calidad en salud y acogiendo las guías y protocolos definidos por la Subred. |
| 17 | 17. Cumplir con las actividades propias del servicio y con las asignaciones realizadas por la enfermera coordinadora, lo cual incluye apoyo e instrumentación de procedimientos menores en consultorio, traslado y entrega de muestras de patología. |
| 18 | 18. Realizar la recepción, custodia y entrega oportuna de las historias clínicas de contingencia, formatos de consentimiento informado al archivo de gestión documental, realizado el registro en el formato correspondiente. |

| | |
|---|---|
| 19 | 19. Apoyar actividades relacionadas con el proceso de acreditación y habilitación de la Subred Integrada de Servicios de Salud Centro oriente E.S.E. |
| 20 | 20. Organizar el servicio y realizar alistamiento de áreas con la dotación necesaria y mantenerlos ordenados para facilitar la prestación de servicio adecuado y oportuno. |
| 21 | 21. Se desarrollarán las actividades en cualquiera de las Unidades correspondientes a la Subred Centro Oriente de acuerdo a la asignación realizada por el supervisor. |
| 22 | 22. Las demás obligaciones que se requieran para dar cumplimiento al contrato y que se acuerden con el supervisor. Contenidas en el formato de necesidad de personal que hace parte integral del presente 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 (2026-09-01) AL (2026-09-30)

## IV. INFORMACIÓN DE APORTES A SEGURIDAD SOCIAL

| | | | |
|---|---|---|---|
| No. DE PLANILLA: | N° 9509578580 | OPERADOR: | APORTES EN LINEA |

| CONCEPTO DEL PAGO | ENTIDAD | FECHA DE PAGO | VALOR PAGADO |
|---|---|---|---|
| SALUD: | SURA | 2026/09/10 | $ 220.300 |
| PENSIÓN: | PROTECCION | 2026/09/10 | $ 281.900 |
| RIESGOS LABORALES: | SURA | 2026/09/10 | $ 43.000 |
| OTRO | | | |
| TOTAL PAGADO | | | $ 545.200 |

## 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** | *SANDRA MILENA CASTAÑEDA BUITRAGO*<br>*PS_3318_2026_A2C1F2*<br>**SANDRA MILENA CASTAÑEDA BUITRAGO**<br>**CC: 52450705** |
| **FIRMA DE QUIEN CONVALIDA EL CUMPLIMIENTO DE LAS OBLIGACIONES PARA EL PRESENTE PERIODO DE PAGO** | *CLAUDIA MARCELA MELO PASTRAN*<br>*PS_3318_2026_A2C1F2*<br>**CLAUDIA MARCELA MELO PASTRAN**<br>**SUPERVISOR DEL CONTRATO** |

aportes en línea

# Resumen General de Pago

DATOS GENERALES DEL APORTANTE

| Identificación | dv | Razon Social | Clase Aportante | Sucursal Principal | Direccion | Ciudad-Departamento | Teléfono | Exonerado SENA e ICBF |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| CC 52450705 | | CASTAÑEDA BUITRAGO SANDRA MILENA | INDEPENDIENTE | PRINCIPAL | CR 3G ESTE 18-28 SUR | BOGOTA-BOGOTA D.E. | 2077898 | No |

DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION

| Periodo | | Clave | | Tipo | Fecha | | Pago | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| Pensión | Salud | Pago | Planilla | Planilla | Limite | Pago | Banco | Dias Mora | Valor |
| 2026-08 | 2026-08 | 641714581 | 9509578580 | I | 2026/09/02 | 2026/09/10 | BANCO DAVIVIENDA | 8 | $545,200 |

**LIQUIDACION DETALLADA DE APORTES**

| EMPLEADO | | | | | PENSION | | SALUD | | | | CCF | | | | RIESGOS | | | | PARAFISCALES | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| No. | Identificación | Nombres | Codigo | Días | IBC | Aporte | Codigo | Días | IBC | Aporte | Codigo | Días | IBC | Aporte | Codigo | Días | IBC | Aporte | Días | IBC | Aporte |
| **Sucursal: PRINCIPAL (1 Afiliados)** | | | | | $1,750,905 | $280,200 | | | $1,750,905 | $218,900 | | | $0 | $0 | | | $1,750,905 | $42,700 | | $0 | $0 |
| **Centro de Trabajo: PRINCIPAL ( 1 Afiliados)** | | | | | $1,750,905 | $280,200 | | | $1,750,905 | $218,900 | | | $0 | $0 | | | $1,750,905 | $42,700 | | $0 | $0 |
| Ciudad: BOGOTA Depto: BOGOTA D.E. ( 1 Afiliados) | | | | | $1,750,905 | $280,200 | | | $1,750,905 | $218,900 | | | $0 | $0 | | | $1,750,905 | $42,700 | | $0 | $0 |
| 1 | CC 52450705 | CASTAÑEDA SANDRA | 230201 | 30 | $1,750,905 | $280,200 | EPS010 | 30 | $1,750,905 | $218,900 | | 0 | $0 | $0 | 14-11 | 30 | $1,750,905 | $42,700 | 0 | $0 | $0 |
| **Total** | **Afiliados( 1)** | | | | $1,750,905 | $280,200 | | | $1,750,905 | $218,900 | | | $0 | $0 | | | $1,750,905 | $42,700 | | $0 | $0 |

aportes en línea

# Resumen General de Pago

DATOS GENERALES DEL APORTANTE

| Identificación | dv | Razon Social | Clase Aportante | Sucursal Principal | Direccion | Ciudad-Departamento | Teléfono | Exonerado SENA e ICBF |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| CC 52450705 | | CASTAÑEDA BUITRAGO SANDRA MILENA | INDEPENDIENTE | PRINCIPAL | CR 3G ESTE 18-28 SUR | BOGOTA-BOGOTA D.E. | 2077898 | No |

DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION

| Periodo | | Clave | | Tipo | Fecha | | Pago | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| Pensión | Salud | Pago | Planilla | Planilla | Limite | Pago | Banco | Dias Mora | Valor |
| 2026-08 | 2026-08 | 641714581 | 9509578580 | I | 2026/09/02 | 2026/09/10 | BANCO DAVIVIENDA | 8 | $545,200 |

## RESUMEN DE PAGO

| RIESGO | CODIGO | NIT | DV | AFILIADOS | VALOR LIQUIDADO | INTERESES MORA | Fondo Solidaridad Pensional | Intereses de Mora Fondo Solidaridad | Fondo Subsistencia | Intereses de Mora Fondo Subsistencia | SALDOS E INCAPACIDADES | VAL |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| AFP (ADMINISTRADORAS: 1) | | | | 1 | $280,200 | $1,700 | | | | | $0 | |
| PROTECCION | 230201 | 800,229,739 | 0 | 1 | $280,200 | $1,700 | $0 | $0 | $0 | $0 | $0 | |
| ARL (ADMINISTRADORAS: 1) | | | | 1 | $42,700 | $300 | | | | | $0 | |
| ARL SURA | 14-11 | 890,903,790 | 5 | 1 | $42,700 | $300 | $0 | $0 | $0 | $0 | $0 | |
| EPS (ADMINISTRADORAS: 1) | | | | 1 | $218,900 | $1,400 | | | | | $0 | |
| EPS SURA (ANTES SUSALUD) | EPS010 | 800,088,702 | 2 | 1 | $218,900 | $1,400 | $0 | $0 | $0 | $0 | $0 | |
| TOTAL | | | | 1 | $541,800 | $3,400 | $0 | $0 | $0 | $0 | $0 | |

# Resumen General de Pago

| LOR A PAGAR |
|---|
| $281,900 |
| $281,900 |
| $43,000 |
| $43,000 |
| $220,300 |
| $220,300 |
| $545,200 |