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:	**DAYSY ZULMA JULLIETTE MAHECHA GOMEZ**			**CC:**	**1010184109**
CORREO ELECTRÓNICO:	**YOYESITA89@OUTLOOK.COM**			**TELÉFONO:**	**3023770767**
DIRECCIÓN DOMICILIO:	**KR 29A 17 42 SUR**			**CIUDAD:**	**BOGOTA**
BANCO AL CUAL CONSIGNAR:	**BANCO CAJA SOCIAL**	**TIPO DE CUENTA:**	**AHORROS**	**N° CUENTA:**	**24145390309**
DATOS DEL CONTRATO O ADICION Y PERIODO OBJETO DE PAGO					
Nº DEL CONTRATO:	**PS 3648 2026**	**VALOR CORRESPONDIENTE AL PERIODO OBJETO DE COBRO**			**$ 4.006.800**
FECHA DE INICIO CONTRATO	**2026/04/01**	**FECHA DE TERMINACIÓN CONTRATO:**			**2026/10/31**
PERIODO OBJETO DE COBRO:	**DEL 2026/09/01 AL 2026/09/01**				

DAYSY ZULMA JULLIETTE MAHECHA GOMEZ
PS_3648_2026_3AD961

NOMBRE Y FIRMA DEL CONTRATISTA:
DAYSY ZULMA JULLIETTE MAHECHA GOMEZ
CC: 1010184109
CEL: 3023770767

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			
DAYSY ZULMA JULLIETTE MAHECHA GOMEZ			
	CON C.C N°	**1.010.184.109**	
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 3648 2026**	**FECHA INICIO CONTRATO**	**2026/04/01**
VALOR INICIAL DEL CONTRATO	$ 9.020.070	**No. HORAS EJECUTADAS**	**168**
VALOR TOTAL DEL CONTRATO INCLUIDO ADICIONES:	$ 30.480.300	**VALOR DE HONORARIOS PERÍODO A CERTIFICAR:**	$ 4.006.800
PLAZO DEL CONTRATO INCLUYENDO PRORROGAS	SIETE (7) MESES		
UNIDAD FUNCIONAL DE EJECUCIÓN DE ACTIVIDADES:	HOSPITAL SAN BLAS		
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	Ejecuté las actividades de acuerdo a la función de mi perfil profesional de enfermería.Recibí y entregué turno de acuerdo al protocolo institucional.Realicé el plan de cuidado diario de enfermería, haciendo el seguimiento y respectiva evaluación de acuerdo al diagnóstico y necesidades identificadas.Verifiqué las medidas preventivas de eventos adversos e identifiqué riesgos, garantizando la seguridad del paciente y reportando los eventos adversos que se presentaron.Administré y registré medicamentos oportunamente, verificando el cuidado directo a los pacientes de acuerdo a los protocolos y guías establecidas.Supervisé las actividades del personal auxiliar de enfermería y camilleros, verificando que se realizaran los procedimientos y revisando que cumplieran los registros de enfermería.Realicé la actualización del kardex y tarjetas de medicamentos de acuerdo al protocolo institucional.Controlé los suministros y existencias de insumos y medicamentos de los pacientes del servicio.Realicé las devoluciones al servicio de farmacia de los medicamentos e insumos por paciente antes del egreso y diariamente cuando así lo ameritó.Participé en forma activa en la revista médica diaria dando mis aportes según el caso.Realicé la asignación de pacientes a cada auxiliar de acuerdo al número de pacientes, complejidad y necesidades del servicio.Respondí por los inventarios, conservación y uso adecuado de los equipos, elementos e insumos entregados en el servicio.Realicé la asignación oportuna de camas en el mapa de camas del sistema de información.Gestioné y realicé el traslado de pacientes entre servicios de acuerdo a la necesidad, optimizando el giro de cama.Tramité de forma oportuna exámenes de laboratorio, radiología, exámenes especiales y remisiones que requirieron los pacientes a mi cargo.Di cumplimiento a la Resolución 1995 de 1999 y al manual de manejo de historia clínica de la Subred.Di cumplimiento a 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.Realicé el cumplimiento según protocolo del carro de paro, verificando secuencia, candados de seguridad, seguimiento, revisión y registros oportunos según formatos establecidos, tomando en cuenta el registro de temperatura y descarga del desfibrilador.Porté el carnet institucional de la Subred durante la ejecución de mis actividades contractuales.Hice parte del proceso de inducción de forma activa y positiva al personal nuevo.Verifiqué, ejecuté y supervisé el protocolo de limpieza y desinfección con el personal a mi cargo y su respectivo registro.Ejercí las actividades propias de mi profesión de conformidad con las normas y/o reglamentos institucionales.Apoyé actividades relacionadas con el proceso de acreditación y habilitación de la Subred Integrada de Servicios de Salud Centro Oriente E.S.E.Participé en la elaboración de protocolos, manuales y guías del servicio.Realicé 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 como medio de contingencia.Brindé educación e información al paciente y cuidadores respecto al cuidado general del paciente y normas institucionales.Cumplí con los protocolos y demás lineamientos institucionales aplicables a la ejecución de mis actividades contractuales.Asistí a jornadas de capacitaciones, reuniones y eventos que se presentaron en el servicio y en la institución de acuerdo a mis co

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 (2026-09-01)

IV. INFORMACIÓN DE APORTES A SEGURIDAD SOCIAL

No. DE PLANILLA:	N° 1085096024	OPERADOR:	SIMPLE

CONCEPTO DEL PAGO	ENTIDAD	FECHA DE PAGO	VALOR PAGADO
SALUD:	SALUD TOTAL	2026/09/10	$ 218.900
PENSIÓN:	COLFONDOS	2026/09/10	$ 280.200
RIESGOS LABORALES:	SURA	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	*DAYSY ZULMA JULLIETTE MAHECHA GOMEZ* *PS_3648_2026_3AD961* **DAYSY ZULMA JULLIETTE MAHECHA GOMEZ** **CC: 1010184109**
FIRMA DE QUIEN VALIDA	*SANDRA PATRICIA LEON CACERES* *PS_3648_2026_3AD961* **SANDRA PATRICIA LEON CACERES** **SUPERVISOR ALTERNO**
FIRMA DE QUIEN CONVALIDA EL CUMPLIMIENTO DE LAS OBLIGACIONES PARA EL PRESENTE PERIODO DE PAGO	*NATALY DUQUE SALAZAR* *PS_3648_2026_3AD961* **NATALY DUQUE SALAZAR** **SUPERVISOR DEL CONTRATO**