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:	**ANDREA PAOLA CUESTA SANCHEZ**			**CC:**	**1013640135**
CORREO ELECTRÓNICO:	**ANDREASANCHAEZ_25@LIVE.COM**			**TELÉFONO:**	**3144552522**
DIRECCIÓN DOMICILIO:	**CL 29 sur # 13-91**			**CIUDAD:**	**BOGOTA**
BANCO AL CUAL CONSIGNAR:	**BANCOLOMBIA**	**TIPO DE CUENTA:**	**AHORROS**	**N° CUENTA:**	**66900022434**
DATOS DEL CONTRATO O ADICION Y PERIODO OBJETO DE PAGO					
Nº DEL CONTRATO:	**PS 2391 2026**	**VALOR CORRESPONDIENTE AL PERIODO OBJETO DE COBRO**			**$ 2.358.000**
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**				

ANDREA PAOLA CUESTA SANCHEZ
PS_2391_2026_E816E2

NOMBRE Y FIRMA DEL CONTRATISTA:
ANDREA PAOLA CUESTA SANCHEZ
CC: 1013640135
CEL: 3144552522

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			
ANDREA PAOLA CUESTA SANCHEZ			
	CON C.C N°	**1.013.640.135**	
OBJETO DEL CONTRATO:	PRESTAR SERVICIOS COMO AUXILIAR DE ENFERMERIA 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 2391 2026**	**FECHA INICIO CONTRATO**	**2026/02/01**
VALOR INICIAL DEL CONTRATO	$ 9.746.400	**No. HORAS EJECUTADAS**	**180**
VALOR TOTAL DEL CONTRATO INCLUIDO ADICIONES:	$ 22.099.700	**VALOR DE HONORARIOS PERÍODO A CERTIFICAR:**	$ 2.358.000
PLAZO DEL CONTRATO INCLUYENDO PRORROGAS	NUEVE (9) 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 funcion de auxiliar de enfermeria .2. Realizar actividades propias del cuidado de enfermeria cumpliendo los protocolos institucionales previniendo acciones inseguras en la prestacion de servicios de salud. (recibo y entrega de turno, actividades de enfermeria y demas actividades que se deriven del proceso de enfermeria). 3. Notificar inmediatamente las acciones inseguras ocurridas a los pacientes que se tiene a cargo, al medico de turno, jefe inmediato y en el sistema de reporte de seguridad del paciente. 4. Informar a la enfermera jefe del servicio y al medico tratante, sobre los cambios del estado clinico de los pacientes en forma oportuna y adecuada. 5. Revisar la historia clinica de los pacientes asignados conociendo su evolucion diaria y plan de manejo para ejecutar el plan de cuidado de enfermeria integral del paciente planteado por la enfermera. 6. Diligenciar los registros de las atenciones, procedimientos, actividades e intervenciones. 7. Cumplir las normas institucionales de bioseguridad, vigilancia epidemiologica, gestion ambiental, salud ocupacional y demas politicas institucionales. 8. Responder por los inventarios, realizar control, conservacion y uso adecuado de los equipos, elementos e insumos, al igual que el cuidado de la infraestructura del servicio y/o area donde se encuentre desarrollando las actividades. 9. Ofrecer trato con calidez y calidad al paciente y la familia, dando una atencion humanizada, conservando el respeto por la dignidad humana segun politica institucional de humanizacion. 10. Mantener la reserva y confidencialidad de la informacion clinica y personal de los pacientes, dando cumplimiento a la resolucion 1995 y al manual de manejo de historia clinica establecido por la institucion. 11. Realizar asesorias pretest y pruebas rapidas en los diferentes servicios intramurales segun solicitudes realizadas, generando el respectivo registro en la historia clinica. 15. Portar el carnet institucional de la subred integrada de servicios de salud centro oriente durante la ejecucion de las actividades contractuales. 16. Solicitar, alistar, entregar, custodiar y retornar con el respectivo proceso de limpieza el instrumental segun el area que corresponda teniendo en cuenta el manual de central de esterilizacion institucional. 18. Cumplir con las actividades propias del servicio y con las asignaciones realizadas por la enfermera coordinadora, lo cual incluye apoyo e instrumentacion de procedimientos menores en consultorio, traslado y entrega de muestras de patologia. 19. Realizar la recepcion, custodia y entrega oportuna de las historias clinicas de contingencia y los formatos fisicos que hagan parte de la historia clinica fisica al archivo de gestion documental, realizado el registro en el formato correspondiente. 20. Apoyar actividades relacionadas con el proceso de acreditacion y habilitacion de la subred integrada de servicios de salud centro oriente e.S.E. 21. Organizar el servicio y realizar alistamiento de areas con la dotacion necesaria manteniendolo ordenados para facilitar la prestacion de servicio adecuado y oportuno. 23. Velar por el cuidado y aprovechamiento de los suministros y existencias de insumos de los pacientes en el servicio. 25. Diligenciar en forma adecuada cada uno de los formatos establecidos para el control del servicio como lo son limpieza y desinfeccion, control de temperatura y humedad del carro de paro, temperatura de las neveras, temperatura del servicio o del area. 26. Dar cumplimiento con lo establecido en las normas y protocolos de la institucion en cuanto al uso del uniforme y elementos de proteccion dentro de las areas asignadas. 27. Asistir a jornadas de capacitaciones, reuniones y eventos que se presenten en el servicio y en la institucion de acuerdo a las actividades contractuales. 28. Realizar acompañamiento al profesional de enfermeria en la revision mensual del carro de paro. 29 realizar registro en el sistema de informacion establecido en la institucion de la atencion brindada a los pacientes a cargo. 30 realizar solicitud y respectivo descargue en el sistema de informacion de insumos necesarios para la atencion de los pacientes, tambien realizar la respectiva devolucion de los insumos solicitados y no utilizados con el paciente. 31 brindar educacion e informacion al paciente y cuidadores respecto al cuidado general del paciente y normas institucionales. 32. Cumplir con protocolos y demas lineamientos institucionales que le apliquen a la ejecucion de sus actividades contractuales, entre las que estan recibo y entrega de turno, prevencion de caidas, prevenciones de lesiones de piel, entre los demas establecidos.

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° 9509906623	OPERADOR:	APORTES EN LINEA

CONCEPTO DEL PAGO	ENTIDAD	FECHA DE PAGO	VALOR PAGADO
SALUD:	COMPENSAR	2026/09/09	$ 218.900
PENSIÓN:	PORVENIR	2026/09/09	$ 280.200
RIESGOS LABORALES:	SURA	2026/09/09	$ 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	*ANDREA PAOLA CUESTA SANCHEZ* *PS_2391_2026_E816E2* **ANDREA PAOLA CUESTA SANCHEZ** **CC: 1013640135**
FIRMA DE QUIEN VALIDA	*ANA CELIA GARCIA GARCIA* *PS_2391_2026_E816E2* **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_2391_2026_E816E2* **NATALY DUQUE SALAZAR** **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 1013640135		CUESTA SANCHEZ ANDREA PAOLA	INDEPENDIENTE	PRINCIPAL	CL 21 F # 12 I - 06 SUR	BOGOTA-BOGOTA D.E.	5555555	No

DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION

Periodo		Clave		Tipo	Fecha		Pago		
Pensión	Salud	Pago	Planilla	Planilla	Limite	Pago	Banco	Dias Mora	Valor
2026-09	2026-09	727201663	9511547214	I	2026/10/08	2026/10/09	BANCOLOMBIA	1	$542,400

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	1013640135 CUESTA ANDREA	230301	30	$1,750,905	$280,200	EPS008	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 1013640135		CUESTA SANCHEZ ANDREA PAOLA	INDEPENDIENTE	PRINCIPAL	CL 21 F # 12 I - 06 SUR	BOGOTA-BOGOTA D.E.	5555555	No

DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION

Periodo		Clave		Tipo	Fecha		Pago		
Pensión	Salud	Pago	Planilla	Planilla	Limite	Pago	Banco	Dias Mora	Valor
2026-09	2026-09	727201663	9511547214	I	2026/10/08	2026/10/09	BANCOLOMBIA	1	$542,400

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	$300					$0	
PORVENIR	230301	800,224,808	8	1	$280,200	$300	$0	$0	$0	$0	$0	
ARL (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$42,700	$100					$0	
ARL SURA	14-11	890,903,790	5	1	$42,700	$100	$0	$0	$0	$0	$0	
EPS (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$218,900	$200					$0	
COMPENSAR	EPS008	860,066,942	7	1	$218,900	$200	$0	$0	$0	$0	$0	
TOTAL				1	$541,800	$600	$0	$0	$0	$0	$0	

Resumen General de Pago

LOR A PAGAR
$280,500
$280,500
$42,800
$42,800
$219,100
$219,100
$542,400