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:	**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**			**$ 4.865.400**
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**				

NURY DEL CARMEN VANEGAS SUAREZ
PS_2405_2026_DFE733

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**	**204**
VALOR TOTAL DEL CONTRATO INCLUIDO ADICIONES:	$ 38.064.600	**VALOR DE HONORARIOS PERÍODO A CERTIFICAR:**	$ 4.865.400
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.realizar el seguimiento de protocolos y procedimiento institucionales con el fin de brindar calidad en la atención del usuario. 2. socializar al personal de enfermería a su cargo, los documentos técnicos de gestión institucional para su cumplimiento. 3. verificar y dar cumplimiento a lo dispuesto en los manuales, protocolos procedimientos y guías de los diferentes procesos institucionales. 4. tener la disposición de asistir a las diferentes reuniones, comités, relacionados con asuntos tanto del área de enfermería como de los diferentes procesos que así lo requieran. 5. participar activamente en el programa de seguridad del paciente incentivando la cultura del reporte, realizando seguimiento a los eventos adversos, ideando planes de mejoramiento y logrando disminución en los mismos. 6. realizar reuniones periódicas con cada uno de los servicios asignados con el fin de analizar cómo mejorar el cumplimiento de las funciones asistenciales. 7. evaluar periódicamente los procesos de la atención de enfermería y establecer los planes de mejora a las desviaciones e inconformidades encontradas. 8. realizar ronda diariamente en los servicios con el fin de controlar actividades, mejorar la relación enfermera - paciente y liderar las relaciones de servicios. 9. apoyar la supervisión y coordinación en el servicio prestado por enfermería y camilleros, tomando las medidas necesarias para corregir las fallas que se presenten. 10. realizar acompañamiento permanentemente al cumplimiento del protocolo de recibo y entrega de turno por parte del personal de enfermería y camilleros tomando las medidas pertinentes.11. verificar que el personal de enfermería lleve al día las historias clínicas con las anotaciones respectivas y de acuerdo con el procedimiento establecido por el comité de historias clínicas. 12. apoyar la implementación del sistema de gestión de calidad institucional. 13. apoyar la capacitación de los profesionales y técnicos del servicio en conocimientos y técnicas de enfermería. 14. establecer comunicación efectiva directa con los miembros del equipo que permita compartir información e ideas en condiciones de respeto y cordialidad propiciando un clima laboral favorable en el servicio. 15. hacer parte del proceso de inducción al personal nuevo. 16. realizar, verificar y controlar las listas de turnos y actividades informado las novedades que se presenten. 17. mantener la motivación en el personal asistencial y trabajar en mantener un clima laboral armonico.18. apoyar en el desarrollo del plan de capacitación anual y velar por la actualización permanente del personal asistencial. 19. gestionar que el personal asistencial cuente con los recursos y condiciones necesarios para el óptimo desempeño de sus labores. 20. realizar la solicitud del entrenamiento al personal en equipos biomédicos. 21. velar por el cumplimiento del reglamento interno de la subred centro oriente. 22. realizar la programación de actividades del personal mensualmente, informando oportunamente las novedades de este. 23. realizar acompañamiento a entes internos y externos en las auditorias relacionadas con los procesos de enfermería. 24. atender y orientar al usuario y familia ante inquietudes del proceso de atención relacionado con enfermería. 25. responder por los inventarios 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.26. portar el uniforme institucional de manera adecuada y decorosa. 27. portar el carné institucional de la subred durante la ejecución de las actividades contractuales. 28.verificar el diligenciamiento en forma completa, oportuna, sistematizada y legible la historia clínica del paciente (en los casos en que se presenten fallas del sistema, los formatos) , consentimiento informado, reportes de estudios y demás registros propios de su actuar, de acuerdo a lo establecido en la normatividad vigente, los procedimientos de auditoría y demás directrices relacionadas con el manejo de historias clínicas y respaldando todas las actuaciones realizadas al paciente con firma y sello. 29. ejercer las actividades propias de la profesión de conformidad con las normas y/o reglamentos de acuerdo con el objeto contractual y las necesidades del servicio. 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° 1085441141	OPERADOR:	SIMPLE

CONCEPTO DEL PAGO	ENTIDAD	FECHA DE PAGO	VALOR PAGADO
SALUD:	SANITAS	2026/09/25	$ 243.800
PENSIÓN:	COLPENSIONES	2026/09/25	$ 312.000
RIESGOS LABORALES:	SURA	2026/09/25	$ 47.600
OTRO			
TOTAL PAGADO			$ 603.400

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_DFE733* **NURY DEL CARMEN VANEGAS SUAREZ** **CC: 32731605**
FIRMA DE QUIEN VALIDA	*ANA CELIA GARCIA GARCIA* *PS_2405_2026_DFE733* **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_DFE733* **NATALY DUQUE SALAZAR** **SUPERVISOR DEL CONTRATO**

PAGOSIMPLE | AUTOLIQUIDACION CONSOLIDADA

Fecha creación reporte: 2026-09-25, 04:02:52 PM **Tipo Planilla:** I: PLANILLA INDEPENDIENTES **Numéro Planilla:** 1085441141

Periodo Cotización: agosto de 2026 **Periodo Servicio:** agosto de 2026 **Referencia pago (PIN):** 8824400393

PAGADO 25/09/2026

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 APP	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										X							0	30	30	30	0	(25-14) COLPENSIONES	$ 1.950.000	$ 312.000	(EPS005) EPS SANITAS	$ 1.950.000	$ 243.800	2,436	$ 1.950.000	$ 47.600	(NIN-CC) NINGUNA CCF	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 603.400

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
$ 1.950.000	$ 1.950.000	$ 1.950.000	$ 0	$ 312.000	$ 243.800	$ 47.600	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 603.400	$ 10.500	$ 613.900

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.