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: 5
FECHA: 2024-09-09

DATOS DEL CONTRATISTA					
FECHA DE DILIGENCIAMIENTO: (31-08-2025)					
NOMBRES Y APELLIDOS:	**LEYDI JOHANNA DIAZ IBAÑEZ**			**CC:**	**1033680997**
CORREO ELECTRÓNICO:	**ussolayalady@gmail.com**			**TELÉFONO:**	**3212491630**
DIRECCIÓN DOMICILIO:	**CL 12A 71B 61**			**CIUDAD:**	**BOGOTA**
BANCO AL CUAL CONSIGNAR:	**BANCOLOMBIA**	**TIPO DE CUENTA:**	**AHORROS**	**N° CUENTA:**	**22371453028**

DATOS DEL CONTRATO O ADICION Y PERIODO OBJETO DE PAGO						
Nº DEL CONTRATO:	**PS 1070 2025**	**N° CDP:**	**2518**	**N°. RP:**	**0**	**PLAZO DEL CONTRATO INCLUIDAS PRORROGAS: DIEZ (10) MESES**
FECHA DE INICIO CONTRATO	**2025/01/01**	**FECHA DE TERMINACIÓN CONTRATO:**		**2025/10/31**		
PERIODO OBJETO DE COBRO:	**DEL 2025/08/01 AL 2025/08/31**					
VALOR A PAGAR CORRESPONDIENTE AL PERIODO OBJETO DE COBRO	**$ 2.324.475**					

LEYDI JOHANNA DIAZ IBAÑEZ
PS_1070_2025_F26D0F

NOMBRE Y FIRMA DEL CONTRATISTA:
LEYDI JOHANNA DIAZ IBAÑEZ
CC: 1033680997
CEL: 3212491630

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			
LEYDI JOHANNA DIAZ IBAÑEZ			
	CON C.C N°	**1.033.680.997**	
OBJETO DEL CONTRATO:	PRESTAR SERVICIOS TECNICOS COMO AUXILIAR ENFERMERIA PARA DESARROLLAR ACTIVIDADES EN LA DIRECCION DE SERVICIOS AMBULATORIOS DE LA SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS EN SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E.		
CONTRATO DE PRESTACION DE SERVICIOS PROFESIONALES No.	**PS 1070 2025**	**FECHA INICIO CONTRATO**	**2025/01/01**
VALOR INICIAL DEL CONTRATO	$ 9.091.280	**No. HORAS EJECUTADAS**	**225**
VALOR TOTAL DEL CONTRATO INCLUIDO ADICIONES:	$ 22.025.692	**VALOR DE HONORARIOS PERÍODO A CERTIFICAR:**	$ 2.324.475
PLAZO DEL CONTRATO INCLUYENDO PRORROGAS	DIEZ (10) MESES		
UNIDAD FUNCIONAL DE EJECUCIÓN DE ACTIVIDADES:	CENTRO DE SALUD OLAYA		
NOMBRE DEL SUPERVISOR:	DIANA ISABEL MORA MORALES		

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	Disponer de los insumos necesarios para inicio de la jornada (biológico, jeringas, algodón estéril, tapabocas etc.)
2	Realizar el pedido de Biológico de forma semanal o a necesidad del servicio, al centro de Acopio teniendo en cuenta, la disponibilidad y el consumo promedio mes.
3	Verificar la disponibilidad de Biológico e insumos para iniciar actividad, en caso de presentar alguna faltante se debe reportar oportunamente al área encargada.
4	Al iniciar la jornada de actividades se debe manejar cadena de frio (revisar termómetros y termo higrómetros).
5	Realizar registro diario de Temperatura en forma manual y magnética.
6	Realizar aseo recurrente dando cumplimiento al protocolo de limpieza y desinfección.
7	Realizar seguimiento, supervisión y registro de fechas de vencimiento, conservación y disposición final de los biológicos (semaforización).
8	Cumplir con los protocolos establecidos para el ingreso a las áreas de mayor complejidad.
9	Realizar la búsqueda activa de los niños nacidos del día anterior al terminar la jornada laboral, para verificar si hay pacientes pendientes por vacunar; se debe verificar en los servicios de ginecología y recién nacidos; (se consulta el libro del servicio de Partos, ala A en apoyo con pediatría).
10	Recibir Biológico a las 7 am en sala de partos, donde se verifican nacidos vivos en el turno de fin de semana, formato diligenciado completo y conteo de Biológico, teniendo en cuenta, los niños vacunados de Hepatitis en el turno para aplicar Vacuna de BCG.
11	Al Iniciar la actividad debe Presentarse a la madre del recién nacid@ con nombre y cargo.
12	Valorar al menor en compañía de la madre, solicitar documento de identificación. Verificar fecha de nacimiento, hora, peso, dosis, intervalo, vía y sitio de administración, mecanismo de acción, efectos adversos, indicaciones, contraindicaciones y pruebas rápidas negativas
13	Alistar, organizar los insumos necesarios, realizar lavado de manos según protocolo.
14	Explicar el procedimiento a la madre, tipo de vacuna, posibles efectos secundarios y cuidados post- vacúnales
15	Aplicar las normas de bioseguridad, asepsia y antisepsia antes, durante y después de la administración del biológico.
16	Realizar administración (ver protocolo de vacunación).
17	Realice los registros respectivos en: *Carné: Fecha de administración, nombre del biológico, lote y fecha de la próxima vacuna, nombre de la institución, nombre del vacunador. *Notas de Enfermería: Fecha y hora de la vacuna, nombre del biológico vacunado, entrega del carné y las recomendaciones dadas a la madre. *Aplicativo PAI: Base de datos SDS (crear al usuario).
18	Entregar carné a la madre, dar recomendaciones pos vacúnales, explicar lugar y fecha de la próxima dosis.
19	Realizar el registro oportuno en aplicativo PAI y sistemas de Información SIS 150 establecidos por la SDS. (Registros completos, hora, nombres completos, nacido vivo y documento de la madre deben coincidir con historia clínica.)
20	Realizar arqueo de biológico aplicado al terminar la jornada.
21	Realizar informe mensual y entrega del mismo al ente encargado dentro de las fechas estipuladas según cronograma, este debe ser firmado por el jefe del servicio. (las áreas de entrega son: PAI, sistema de información, centro de Acopio Subred Centro Oriente).
22	Realizar registro y control de Biológico Diario en libro y Kardex (no debe tener tachones ni enmendaduras, no utilizar corrector).
23	Informar al jefe inmediato las novedades que se presenten durante la jornada.
24	Realizar mensualmente el aseo terminal de las neveras según manual técnico administrativo dejando registro del mismo.

25	Realizar lavado diario de paquetes fríos y termos de vacunación.
26	Participar activamente en las reuniones y comités convocados por las Subred y la SDS.
27	Realizar seguimiento a los niños recién nacidos de bajo peso para aplicación de la vacuna de BCG.
28	28. Garantizar la aplicación de la Vacuna antirrábica realizando seguimiento de acuerdo al esquema establecido e informar semanalmente cantidades existentes.
29	Realizar seguimiento y control de los sueros antirrábicos administrados en las noches y fines de semana.
30	Velar por el cumplimiento de 12 horas de la aplicación de la vacuna de Hepatitis B, en caso de presentarse alguna novedad informar al jefe del servicio.
31	Realizar recibo y entrega de biológico los fines de semana a jefe de sala de partos
32	Realizar arqueo y entrega de biológico a la auxiliar encargada de vacunar los fines de semana.
33	Realizar los seguimientos telefónicos de las bases solicitadas por el programa de PAI, para dar cumplimiento a las metas asignadas por la Unidad.

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 (2025-08-01) AL (2025-08-31)

IV. INFORMACIÓN DE APORTES A SEGURIDAD SOCIAL

No. DE PLANILLA:	N° 9488860269	OPERADOR:	APORTES EN LINEA

CONCEPTO DEL PAGO	ENTIDAD	FECHA DE PAGO	VALOR PAGADO
SALUD:	SANITAS	2025/08/14	$ 178.000
PENSIÓN:	COLPENSIONES	2025/08/14	$ 227.798
RIESGOS LABORALES:	SURA	2025/08/14	$ 34.700
OTRO			
TOTAL PAGADO			$ 440.498

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	*LEYDI JOHANNA DIAZ IBAÑEZ* *PS_1070_2025_F26D0F* **LEYDI JOHANNA DIAZ IBAÑEZ** **CC: 1033680997**
FIRMA DE QUIEN CONVALIDA EL CUMPLIMIENTO DE LAS OBLIGACIONES PARA EL PRESENTE PERIODO DE PAGO	*DIANA ISABEL MORA MORALES* *PS_1070_2025_F26D0F* **DIANA ISABEL MORA MORALES** **SUPERVISOR DEL CONTRATO**
