

|                                                                                                                                                                                                                                                                                        |                              |                                                                                                                                                                                                                      |         |                                                                              |              |
|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------|------------------------------------------------------------------------------|--------------|
|                                                                                                                                                                                                         |                              | <b>SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E</b><br><b>APOYO - GESTION DE CONTRATACIÓN</b><br><b>FORMATO CUENTA DE COBRO CONTRATO DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS</b><br><b>Y DE APOYO A LA GESTIÓN</b> |         | <b>CÓDIGO: AP-IA-FT-014</b><br><b>VERSIÓN: 7</b><br><b>FECHA: 2025-06-09</b> |              |
| DATOS DEL CONTRATISTA                                                                                                                                                                                                                                                                  |                              |                                                                                                                                                                                                                      |         |                                                                              |              |
| FECHA DE DILIGENCIAMIENTO: (31-10-2025)                                                                                                                                                                                                                                                |                              |                                                                                                                                                                                                                      |         |                                                                              |              |
| NOMBRES Y APELLIDOS:                                                                                                                                                                                                                                                                   | JENNIFFER ROCIO MACIAS       |                                                                                                                                                                                                                      |         | CC:                                                                          | 1033772092   |
| CORREO ELECTRÓNICO:                                                                                                                                                                                                                                                                    | JENNIFER-1409@HOTMAIL.COM    |                                                                                                                                                                                                                      |         | TELÉFONO:                                                                    | 3124203106   |
| DIRECCIÓN DOMICILIO:                                                                                                                                                                                                                                                                   | KR 27 H 71 C 36 SUR          |                                                                                                                                                                                                                      |         | CIUDAD:                                                                      | BOGOTA       |
| BANCO AL CUAL CONSIGNAR:                                                                                                                                                                                                                                                               | BANCO DAVIVIENDA S.A.        | TIPO DE CUENTA:                                                                                                                                                                                                      | AHORROS | N° CUENTA:                                                                   | 488417359087 |
| DATOS DEL CONTRATO O ADICION Y PERIODO OBJETO DE PAGO                                                                                                                                                                                                                                  |                              |                                                                                                                                                                                                                      |         |                                                                              |              |
| N° DEL CONTRATO:                                                                                                                                                                                                                                                                       | PS 1203 2025                 | VALOR CORRESPONDIENTE AL PERIODO OBJETO DE COBRO                                                                                                                                                                     |         | \$ 2.520.764                                                                 |              |
| FECHA DE INICIO CONTRATO                                                                                                                                                                                                                                                               | 2025/01/01                   | FECHA DE TERMINACIÓN CONTRATO:                                                                                                                                                                                       |         | 2025/10/31                                                                   |              |
| PERIODO OBJETO DE COBRO:                                                                                                                                                                                                                                                               | DEL 2025/10/01 AL 2025/10/31 |                                                                                                                                                                                                                      |         |                                                                              |              |
| <div><div>JENNIFFER ROCIO MACIAS<br/>PS_1203_2025_2907BE</div></div> <div>NOMBRE Y FIRMA DEL CONTRATISTA:</div> <div>JENNIFFER ROCIO MACIAS</div> <div>CC: 1033772092</div> <div>CEL: 3124203106</div> |                              |                                                                                                                                                                                                                      |         |                                                                              |              |

CELEBRADO ENTRE LA SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E Y

JENNIFFER ROCIO MACIAS

CON C.C N°

1.033.772.092

|                      |                                                                                                                                                                                               |
|----------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 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 1203 2025 | FECHA INICIO CONTRATO | 2025/01/01 |
|-------------------------------------------------------|--------------|-----------------------|------------|

|                            |              |                      |     |
|----------------------------|--------------|----------------------|-----|
| VALOR INICIAL DEL CONTRATO | \$ 9.091.280 | No. HORAS EJECUTADAS | 244 |
|----------------------------|--------------|----------------------|-----|

|                                              |               |                                           |              |
|----------------------------------------------|---------------|-------------------------------------------|--------------|
| VALOR TOTAL DEL CONTRATO INCLUIDO ADICIONES: | \$ 24.921.816 | VALOR DE HONORARIOS PERÍODO A CERTIFICAR: | \$ 2.520.764 |
|----------------------------------------------|---------------|-------------------------------------------|--------------|

|                                         |                 |
|-----------------------------------------|-----------------|
| PLAZO DEL CONTRATO INCLUYENDO PRORROGAS | DIEZ (10) MESES |
|-----------------------------------------|-----------------|

|                                               |                           |
|-----------------------------------------------|---------------------------|
| UNIDAD FUNCIONAL DE EJECUCIÓN DE ACTIVIDADES: | HOSPITAL MATERNO INFANTIL |
| 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<br>(Deben ser coherentes con las obligaciones específicas del contrato realizadas durante el mes)                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    |
| 1    | Cumplir con las normas de bioseguridad, limpieza y desinfección conforme a los protocolos y guías institucionales.                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     |
| 2    | Apoyar actividades relacionadas con el proceso de acreditación y habilitación de la Subred Integrada de Servicios de Salud Centro oriente E.S.E.                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       |
| 3    | Realizar actividades de educación a usuarios y familiares conforme a lo requerido en la subred.                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        |
| 4    | Prestar sus servicios como auxiliar de enfermería, en lo relacionado con actividades de promoción de la salud y prevención de la enfermedad, en actualización de bases de datos, asignación de citas, demanda inducida, seguimiento, vacunación, desinfección de consultorios y demás procedimientos, actividades y reportes que se derivan de la atención, de acuerdo a demanda de servicios y según disponibilidad de tiempo, enmarcado 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. |

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 (2025-10-01) AL (2025-10-31)

IV. INFORMACIÓN DE APORTES A SEGURIDAD SOCIAL

|                    |               |               |              |
|--------------------|---------------|---------------|--------------|
| No. DE PLANILLA:   | N° 1075585810 | OPERADOR:     | SIMPLE       |
| CONCEPTO DEL PAGO  | ENTIDAD       | FECHA DE PAGO | VALOR PAGADO |
| SALUD:             | SANITAS       | 2025/10/10    | \$ 178.000   |
| PENSIÓN:           | PORVENIR      | 2025/10/10    | \$ 227.800   |
| RIESGOS LABORALES: | SURA          | 2025/10/10    | \$ 34.700    |
| OTRO               |               |               |              |
| TOTAL PAGADO       |               |               | \$ 440.500   |

# 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



JENNIFFER ROCIO MACIAS

PS\_1203\_2025\_2907BE

JENNIFFER ROCIO MACIAS

CC: 1033772092

FIRMA DE QUIEN CONVALIDA EL CUMPLIMIENTO DE LAS OBLIGACIONES PARA EL PRESENTE PERIODO DE PAGO



DIANA ISABEL MORA MORALES

PS\_1203\_2025\_2907BE

DIANA ISABEL MORA MORALES

SUPERVISOR DEL CONTRATO

