

		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: (31-10-2025)					
NOMBRES Y APELLIDOS:	JENNY GARCIA FIGUERO			CC:	53010899
CORREO ELECTRÓNICO:	jennygarciafiguero96@gmail.com			TELÉFONO:	3123451410
DIRECCIÓN DOMICILIO:	CL 4 SUR 19B 106			CIUDAD:	BOGOTA
BANCO AL CUAL CONSIGNAR:	BANCO DAVIVIENDA S.A.	TIPO DE CUENTA:	AHORROS	N° CUENTA:	009470460719
DATOS DEL CONTRATO O ADICION Y PERIODO OBJETO DE PAGO					
N° DEL CONTRATO:	PS 6397 2025	VALOR CORRESPONDIENTE AL PERIODO OBJETO DE COBRO		\$ 2.500.008	
FECHA DE INICIO CONTRATO	2025/09/19	FECHA DE TERMINACIÓN CONTRATO:		2025/10/31	
PERIODO OBJETO DE COBRO:	DEL 2025/10/01 AL 2025/10/31				
 JENNY GARCIA FIGUERO PS_6397_2025_B0A1D3 NOMBRE Y FIRMA DEL CONTRATISTA: JENNY GARCIA FIGUERO CC: 53010899 CEL: 3123451410					

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

JENNY GARCIA FIGUEREDO

CON C.C N°

53.010.899

OBJETO DEL CONTRATO:	PRESTAR SERVICIOS TECNICOS COMO AUXILIAR DE ENFERMERIA PARA DESARROLLAR ACTIVIDADES EN LA DIRECCION DE SERVICIOS AMBULATORIOS DE LA SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS EN SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E. - RESOLUCION 1499 26-08-2024 EBS DE MINISTERIO DE SALUD Y PROTECCION SOCIAL
----------------------	--

CONTRATO DE PRESTACION DE SERVICIOS PROFESIONALES No.	PS 6397 2025	FECHA INICIO CONTRATO	2025/09/19
---	--------------	-----------------------	------------

VALOR INICIAL DEL CONTRATO	\$ 3.500.011	No. HORAS EJECUTADAS	184
----------------------------	--------------	----------------------	-----

VALOR TOTAL DEL CONTRATO INCLUIDO ADICIONES:	\$ 3.500.011	VALOR DE HONORARIOS PERÍODO A CERTIFICAR:	\$ 2.500.008
--	--------------	---	--------------

PLAZO DEL CONTRATO INCLUYENDO PRORROGAS	UN (01) MES Y DOCE (12) DIAS
---	------------------------------

UNIDAD FUNCIONAL DE EJECUCIÓN DE ACTIVIDADES:	HOSPITAL SANTA CLARA
---	----------------------

NOMBRE DEL SUPERVISOR:	BERTHA SOFIA DIAZ QUEVEDO
------------------------	---------------------------

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. EL CONTRATISTA DEBERÁ REALIZAR LA APROPIACIÓN DE LA NORMATIVIDAD Y LINEAMIENTOS REQUERIDOS PARA LA IMPLEMENTACIÓN DE LOS EQUIPOS BÁSICOS DE SALUD DE ACUERDO CON LA RESOLUCIÓN 1499 DEL 26 DE AGOSTO DE 2024 EXPEDIDA POR EL MINISTERIO DE SALUD Y PROTECCIÓN SOCIAL Y TODAS AQUELLAS QUE LA MODIFIQUEN Y ADICIONEN.
2	. 2. DEBERÁ PARTICIPAR EN LAS CAPACITACIONES DE LOS APLICATIVOS REQUERIDOS PARA EL REGISTRO DE LAS INTERVENCIONES, TALES COMO EL SISTEMA DE GESTIÓN TERRITORIAL PARA LA
3	. 3. VERIFICACIÓN DE FRECUENCIA DE USO SEGÚN EL ESQUEMA DE INTERVENCIONES/ATENCIONES EN SALUD INDIVIDUALES DEFINIDO EN EL LINEAMIENTO TÉCNICO Y OPERATIVO DE LA RPMS (RESOLUCIÓN 3280-2018), CON EL FIN DE DEFINIR EL TIPO DE ATENCIÓN QUE LE CORRESPONDE A CADA USUARIO.
4	4. GARANTIZAR LA APERTURA DE LA HISTORIA CLÍNICA EN EL APLICATIVO DINÁMICA GERENCIAL Y EL APLICATIVO GTAPS
5	4. DEBERÁ REALIZAR LA PROGRAMACIÓN Y ATENCIÓN SEGÚN LA PERIODICIDAD DE LOS SEGUIMIENTOS, ASÍ COMO LA MODALIDAD PRESENCIAL O TELEFÓNICA, DEPENDIENDO DE LA CLASIFICACIÓN FAMILIAR (ALTA, MEDIA Y BAJA), REGISTRANDO EL DESARROLLO EN EL APLICATIVO EN LÍNEA GTAPS. ASÍ MISMO, DEBERÁ REALIZAR LA ATENCIÓN Y REGISTRO DE LOS INTEGRANTES DE LA FAMILIA DE ACUERDO CON SU CONDICIÓN DE SALUD Y LA CLASIFICACIÓN CORRESPONDIENTE (TIPO 1, 2, 3 Y 4)
6	. 12. EN CASO DE QUE LA FAMILIA REPORTE INTEGRANTES PERTENECIENTES A POBLACIÓN PRIORIZADA, TALES COMO MUJERES GESTANTES, NIÑOS MENORES DE CINCO AÑOS, PERSONAS CON ENFERMEDADES CRÓNICAS, ADULTOS MAYORES, PERSONAS EN CONDICIÓN DE DISCAPACIDAD O DEPENDENCIA Y SUS CUIDADORES, DEBERÁ PROGRAMARSE UNA NUEVA VISITA EN LA QUE EL USUARIO SE ENCUENTRE PRESENTE Y RECIBA LA ATENCIÓN EN SALUD POR PARTE DEL EQUIPO
7	. 4. CONSULTAR EN EL APLICATIVO PLAN AMPLIADO DE INMUNIZACIÓN - PAI WEB 2.0 DE LA SECRETARIA DISTRITAL DE SALUD EL ESQUEMA DE VACUNACIÓN DEL USUARIO. EN CASO DE NO ENCONTRAR REGISTRO COMPLETO DE LOS BIOLÓGICOS, INFORMAR AL PROFESIONAL DE PAI.
8	5. REALIZAR CONTACTO TELEFÓNICO CON EL USUARIO O CUIDADOR CON EL FIN DE VERIFICAR DATOS DE UBICACIÓN E INFORMAR EL DÍA EN QUE SE REALIZARÁ LA ATENCIÓN EN CASA.
9	. 6. DILIGENCIAR EL FORMATO DE USUARIOS CARACTERIZADOS CON CRITERIOS DE CALIDAD, OPORTUNIDAD Y PERTINENCIA.
10	7. REALIZAR CANALIZACIONES SEGÚN PERTINENCIA Y DANDO CUMPLIMIENTO DEFINIDO EN EL LINEAMIENTO TÉCNICO Y OPERATIVO DE LA RUTA INTEGRAL DE ATENCIÓN PARA LA PROMOCIÓN Y MANTENIMIENTO DE LA SALUD - RPMS (RESOLUCIÓN 3280-2018).
11	8. REALIZAR LA VALORACIÓN INTEGRAL A USUARIOS AL MOMENTO DE LA INTERVENCIÓN, IDENTIFICACIÓN DE RIESGOS Y DERIVACIÓN DE LOS MISMOS.
12	. 9. REALIZAR LA NOTIFICACIÓN DE EVENTOS DE INTERÉS DE SALUD PÚBLICA.
13	. 10. AGENDAMIENTO EN TIEMPO REAL PARA ATENCIONES EN SALUD INDIVIDUALES DEFINIDO EN EL LINEAMIENTO TÉCNICO Y OPERATIVO DE LA RPMS (RESOLUCIÓN 3280-2018), DANDO CUMPLIMIENTO EN LA ATENCIÓN SEGÚN LA NECESIDAD QUE EVIDENCIEN EN EL USUARIO.

14	. 11.LAS ACTIVIDADES SE REALIZARÁN INTRAMURAL, EXTRAMURAL Y/O ADMINISTRATIVAS.
15	. 12. EN CASO DE ENCONTRAR UNA EMERGENCIA DURANTE LAS VISITAS, LOS INTEGRANTES DEL EQUIPO BÁSICO DE SALUD DEBERÁN ASISTIR A QUIEN LO REQUIERA Y/O SOLICITAR APOYO ACTIVANDO LA LÍNEA ÚNICA DE EMERGENCIAS LÍNEA 123. LOS CASOS DE SALUD SERÁN DERIVADOS AL CENTRO REGULADOR DE URGENCIAS Y EMERGENCIAS CRUE DE LA SECRETARÍA DISTRITAL DE SALUD PARA LA REMISIÓN A LA INSTITUCIÓN PRESTADORA DE SALUD IPS QUE CORRESPONDA. SERÁ NECESARIO REALIZAR EL ACOMPAÑAMIENTO DE LA PERSONA HASTA QUE LLEGUE EL EQUIPO DE RESPUESTA Y SEGUIR LAS INDICACIONES DEL REFERENTE DEL CRUE EN CASO DE SER CONTACTADO. EL TIEMPO QUE EL CONTRATISTA PERMANEZCA EN EL EVENTO DEBERÁ JUSTIFICARSE MEDIANTE LA EVOLUCIÓN HORA A HORA HASTA LA ENTREGA AL EQUIPO DE RESPUESTA, TIEMPO QUE SERÁ VALIDADO PARA EL PAGO DE HONORARIOS. TODO LO ANTERIOR DEBERÁ CUMPLIRSE EN SU CALIDAD DE PERSONAL DE SALUD Y PRIMER RESPONDIENTE.
16	. 13. ADICIONALMENTE, DEBERÁ PARTICIPAR EN LAS ACTIVIDADES INTRAMURALES, EXTRAMURALES Y/O ADMINISTRATIVAS, ASISTIR A CAPACITACIONES, COMITÉS Y CONVOCATORIAS, Y REALIZAR LA ENTREGA DE LOS SOPORTES DE CERTIFICACIONES O ACTAS DE LOS CURSOS, JORNADAS Y COMITÉS A LOS CUALES SEA CONVOCADO, COMO PARTE DEL FORTALECIMIENTO DE CAPACIDADES.
17	. 14. SERÁ TAMBIÉN SU OBLIGACIÓN DILIGENCIAR LOS FORMATOS EN MEDIO FÍSICO O MAGNÉTICO DENTRO DE LOS TIEMPOS ESTABLECIDOS, ENVIAR LOS SOPORTES DE LAS ACTIVIDADES REALIZADAS, EL PAGO DE SEGURIDAD SOCIAL EN SALUD Y AQUELLOS QUE SE REQUIERAN COMO PARTE DE LA EJECUCIÓN DEL CONTRATO.
18	. 15. DEBERÁ OPERAR Y MANEJAR DE FORMA CORRECTA, ASÍ COMO RESPONDER POR EL CUIDADO Y BUEN USO DE LOS EQUIPOS BIOMÉDICOS, DE CÓMPUTO Y DEMÁS ELEMENTOS ASIGNADOS, RESPONDIENDO POR LA PÉRDIDA O DAÑO DE LOS MISMOS QUE CONSERVE BAJO SU CUIDADO O A LOS CUALES TENGA ACCESO PARA EL DESARROLLO DE SUS OBLIGACIONES CONTRACTUALES, REALIZANDO LA ENTREGA DE TODOS ESTOS AL FINALIZAR EL CONTRATO (ELEMENTOS DE IDENTIFICACIÓN INSTITUCIONAL, EQUIPOS BIOMÉDICOS, OFIMÁTICOS, INSUMOS U OTROS QUE LE HAYAN SIDO ENTREGADOS).
19	16. EL CONTRATISTA DEBERÁ REALIZAR EL USO DE LOS USUARIOS Y CONTRASEÑAS ASIGNADOS BAJO LA DEBIDA RESERVA Y CONFIDENCIALIDAD, ABSTENIÉNDOSE DE COMPARTIRLOS CON TERCEROS O PERSONAS AJENAS AL PROCESO, Y ENTREGARLOS AL TÉRMINO DEL PRESENTE CONTRATO JUNTO CON LOS SOPORTES DE LA EJECUCIÓN EN MEDIO FÍSICO Y MAGNÉTICO.
20	17. DEBERÁ REALIZAR TODAS LAS DEMÁS ACTIVIDADES RELACIONADAS CON EL OBJETO CONTRACTUAL QUE LE ASIGNE EL SUPERVISOR DEL CONTRATO BAJO LA RESOLUCIÓN 1499 DEL 26 DE AGOSTO DE 2024 DE EQUIPOS BÁSICOS DE SALUD DEL MINISTERIO DE SALUD Y PROTECCIÓN SOCIAL Y TODAS AQUELLAS QUE LA MODIFIQUEN O ADICIONEN.

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° 1076552483	OPERADOR:	SIMPLE
CONCEPTO DEL PAGO	ENTIDAD	FECHA DE PAGO	VALOR PAGADO
SALUD:	SALUD TOTAL	2025/10/20	\$ 71.175
PENSIÓN:	COLFONDOS	2025/10/20	\$ 91.104
RIESGOS LABORALES:	SURA	2025/10/20	\$ 13.871
OTRO			
TOTAL PAGADO			\$ 176.150

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 ningún caso el IBC sea menor a 1 SMMLV (de ser el primer pago adjunto certificaciones de afiliación a eps, arl, pensión, 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



JENNY GARCIA FIGUERO

PS_6397_2025_B0A1D3

JENNY GARCIA FIGUERO

CC: 53010899

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



BERTHA SOFIA DIAZ QUEVEDO

PS_6397_2025_B0A1D3

BERTHA SOFIA DIAZ QUEVEDO

SUPERVISOR DEL CONTRATO

PAGADO 20/10/2025

I. DATOS DEL APORTANTE

Razón Social	JENNY GARCIA FIGUEREDO		
Documento	CC53010899	Dirección	CL 4 SUR #19 B - 106 TO 14 APTO 404
Tipo de Empresa	INDEPENDIENTE	Teléfono	3123451410
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	TAE	TDE	TDP	TAP	USP	COR	USI	IGE	UMA	VAC	VAP	VCT	IMP	Días AFP	Días EPS	Días AFP	Días EPS	Días AFP	Días EPS	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 53010899	JENNY GARCIA FIGUEREDO	59	00	X																0	12	12	12	0		(231001) COLFONDOS	\$ 569.400	\$ 91.200	(EPS002) SALUD TOTAL EPS	\$ 569.400	\$ 71.200	2.436	\$ 569.400	\$ 13.900	(NIN-CC) NINGUNA CCF	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 176.300

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
\$ 569.400	\$ 569.400	\$ 569.400	\$ 0	\$ 91.200	\$ 71.200	\$ 13.900	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 176.300	\$ 0	\$ 176.300

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!

Antes de imprimir, asegúrese que sea realmente necesario. Proteger el medio ambiente está en nuestras manos.

Página 1 de 1

¡El Poder de lo SIMPLE!