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: (30-11-2025)					
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					
Nº DEL CONTRATO:	**PS 1203 2025**	**VALOR CORRESPONDIENTE AL PERIODO OBJETO DE COBRO**			**$ 2.231.496**
FECHA DE INICIO CONTRATO	**2025/01/01**	**FECHA DE TERMINACIÓN CONTRATO:**			**2025/11/30**
PERIODO OBJETO DE COBRO:	**DEL 2025/11/01 AL 2025/11/30**				

JENNIFFER ROCIO MACIAS
PS_1203_2025_CC2A5D

NOMBRE Y FIRMA DEL CONTRATISTA:
JENNIFFER ROCIO MACIAS
CC: 1033772092
CEL: 3124203106

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			
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**	**216**
VALOR TOTAL DEL CONTRATO INCLUIDO ADICIONES:	$ 27.153.312	**VALOR DE HONORARIOS PERÍODO A CERTIFICAR:**	$ 2.231.496
PLAZO DEL CONTRATO INCLUYENDO PRORROGAS	ONCE (11) 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** **(Deben ser coherentes con las obligaciones específicas del contrato realizadas durante el mes)**
1	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.
2	Realizar actividades de educación a usuarios y familiares conforme a lo requerido en la subred.
3	Cumplir con las normas de bioseguridad, limpieza y desinfección conforme a los protocolos y guías institucionales.
4	Apoyar actividades relacionadas con el proceso de acreditación y habilitación de la Subred Integrada de Servicios de Salud Centro oriente E.S.E.
5	Verificar la disponibilidad de Biológico e insumos para iniciar actividad, en caso de presentar alguna faltante se debe reportar oportunamente al área encargada.
6	Al iniciar la jornada de actividades se debe manejar cadena de frio (revisar termómetros y termo higrómetros).
7	Realizar registro diario de Temperatura en forma manual y magnética.
8	Realizar seguimiento, supervisión y registro de fechas de vencimiento, conservación y disposición final de los biológicos (semaforización).
9	Disponer de los insumos necesarios para inicio de la jornada (biológico, jeringas, algodón estéril, tapabocas etc.)
10	Cumplir con los protocolos establecidos para el ingreso a las áreas de mayor complejidad.
11	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).
12	Recibir Biológico a las 7 am, 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.
13	Al Iniciar la actividad debe Presentarse a la madre del recién nacid@ con nombre y cargo.
14	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.
15	Alistar, organizar los insumos necesarios, realizar lavado de manos según protocolo.
16	Explicar el procedimiento a la madre, tipo de vacuna, posibles efectos secundarios y cuidados post- vacúnales.
17	Aplicar las normas de bioseguridad, asepsia y antisepsia antes, durante y después de la administración del biológico.
18	Realizar administración (ver protocolo de vacunación).
19	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).
20	Entregar carné a la madre, dar recomendaciones pos vacúnales, explicar lugar y fecha de la próxima dosis.
21	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.)
22	Realizar arqueo de biológico aplicado al terminar la jornada.

23	Realizar registro y control de Biológico Diario en libro y Kardex (no debe tener tachones ni enmendaduras, no utilizar corrector).
24	Informar al jefe inmediato las novedades que se presenten durante la jornada.
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	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.
28	Realizar recibo y entrega de biológico los fines de semana a jefe de sala de partos.
29	Realizar arqueo y entrega de biológico a la auxiliar encargada de vacunar los fines de semana.
30	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 (2025-11-01) AL (2025-11-30)

IV. INFORMACIÓN DE APORTES A SEGURIDAD SOCIAL

No. DE PLANILLA:	N° 1076368237	OPERADOR:	SIMPLE

CONCEPTO DEL PAGO	ENTIDAD	FECHA DE PAGO	VALOR PAGADO
SALUD:	SANITAS	2025/11/12	$ 178.000
PENSIÓN:	PORVENIR	2025/11/12	$ 227.800
RIESGOS LABORALES:	SURA	2025/11/12	$ 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_CC2A5D* **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_CC2A5D* **DIANA ISABEL MORA MORALES** **SUPERVISOR DEL CONTRATO**

PAGOSIMPLE | REPORTE INDIVIDUAL

Fecha creación reporte 2025-11-20, 07:49:00 AM **Tipo Planilla** I **Número Planilla** 1076368237 **Referencia pago(PIN)** 8862817850

Periodo Cotización 202510 **Periodo Servicio** 202510

Cliente:

PAGADA 2025-11-12

I. DATOS DEL APORTANTE

Razón Social	JENNIFFER ROCIO MACIAS ARENAS				
Documento	CC 1033772092	**Dirección**	CRA 27 H No 71 C SUR 36		
Tipo de Empresa	INDEPENDIENTE	**Teléfono**	3124203106		
Tipo Persona	NATURAL	**Forma Presentación**	ÚNICO	**Total Afiliados**	1
Ciudad	BOGOTA D.C.	**Departamento**	BOGOTA D.C.		
Representante Legal		**Identificación**			

II. DATOS DEL AFILIADO

Documento	CC 1033772092		**Residente**		**Exonerado**	N	**Apellidos y Nombres**	**Código Ciudad - Departamento**	**Centro de Trabajo**	**Ubicación Laboral**
Tipo Cotizante	57	00					MACIAS ARENAS JENNIFFER ROCIO	11001000 - 11		BOGOTA D.C.

III. APORTE POR CADA UNA DE LAS ADMINISTRADORAS ASOCIADAS AL AFILIADO:

Novedades																					**Extranjero**	**Tipo salario**	**Salario**	**Pensión**							**Salud**						**Riesgos**					**Caja**				**Parafiscales**			
ING	RET	TDE	TAE	TDP	TAP	VSP	COR	VST	SLN	IGE	LMA	VAC	AVP	VCT	IRP	Días AFP	Días EPS	Días ARP	Días CCF				**Código AFP**	**Código Tras. AFP**	**Tarifa AFP**	**IBC**	**Total Aporte AFP**	**Total Aporte FSP**	**Total Aporte FSPS**	**Código EPS**	**Código Tras. EPS**	**Tarifa EPS**	**IBC EPS**	**Aporte Salud**	**Aporte UPC**	**Código ARL**	**Clase Riesgo**	**Tarifa ARL**	**IBC ARL**	**Aporte Riesgos**	**Código CCF**	**Tarifa CCF**	**IBC CCF**	**Aporte Caja**	**Tarifa SENA**	**Aporte SENA**	**Tarifa ICBF**	**Aporte ICBF**
															0	30	30	30	0			$ 1.423.500	230301		16 %	$ 1.423.500	$ 227.800	$ 0	$ 0	EPS005		12,5 %	$ 1.423.500	$ 178.000	$ 0	14-11	3	2,436 %	$ 1.423.500	$ 34.700	NIN-CC	0 %	$ 0	$ 0	0 %	$ 0	0 %	$ 0

IV.TOTALES

Total Aportes Pensión	Total Aportes FSP	Total Aportes FSPS	Total Aportes Salud	Total Aportes Riesgos	Total Aportes Cajas	Total Aportes SENA	Total Aportes ICBF	Total Aportes ESAP	Total Aportes MEN	Total Final
PORVENIR	FSP SOLIDARIDAD	FSP SUBSISTENCIA	EPS SANITAS	ARL SURA	NINGUNA CCF	SENA	ICBF	ESAP	MEN	
$ 227.800	$ 0	$ 0	$ 178.000	$ 34.700	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 440.500

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!