

DATOS DEL CONTRATISTA					
FECHA DE DILIGENCIAMIENTO: (30-11-2025)					
NOMBRES Y APELLIDOS:	JENNIFER MELISSA VARGAS BUITRAGO			CC:	1073701603
CORREO ELECTRÓNICO:	MELISAVARGASBUITRAGO@GMAIL.COM			TELÉFONO:	3112601052
DIRECCIÓN DOMICILIO:	CL 1 4F 45			CIUDAD:	BOGOTA
BANCO AL CUAL CONSIGNAR:	BANCO DAVIVIENDA S.A.	TIPO DE CUENTA:	AHORROS	N° CUENTA:	488411655613
DATOS DEL CONTRATO O ADICION Y PERIODO OBJETO DE PAGO					
N° DEL CONTRATO:	PS 2106 2025	VALOR CORRESPONDIENTE AL PERIODO OBJETO DE COBRO		\$ 6.348.060	
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				
 JENNIFER MELISSA VARGAS BUITRAGO PS_2106_2025_D36E0C NOMBRE Y FIRMA DEL CONTRATISTA: JENNIFER MELISSA VARGAS BUITRAGO CC: 1073701603 CEL: 3112601052					

CELEBRADO ENTRE LA SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E Y
 JENNIFER MELISSA VARGAS BUITRAGO

CON C.C N° 1.073.701.603

OBJETO DEL CONTRATO:	PRESTAR SERVICIOS PROFESIONALES COMO MEDICO GENERAL PARA DESARROLLAR ACTIVIDADES EN LA DIRECCION DE SERVICIOS URGENCIAS DE LA SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E.
----------------------	--

CONTRATO DE PRESTACION DE SERVICIOS PROFESIONALES No.	PS 2106 2025	FECHA INICIO CONTRATO	2025/01/01
VALOR INICIAL DEL CONTRATO	\$ 35.267.000	No. HORAS EJECUTADAS	180
VALOR TOTAL DEL CONTRATO INCLUIDO ADICIONES:	\$ 77.446.332	VALOR DE HONORARIOS PERÍODO A CERTIFICAR:	\$ 6.348.060
PLAZO DEL CONTRATO INCLUYENDO PRORROGAS	ONCE (11) MESES		

UNIDAD FUNCIONAL DE EJECUCIÓN DE ACTIVIDADES:	HOSPITAL SAN BLAS
NOMBRE DEL SUPERVISOR:	CARLOS ALBERTO MARIN PEREZ

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. Ejecuté al 100% procedimientos diagnósticos y terapéuticos dentro del plan de manejo de la especialidad, brindando atención oportuna, íntegra, continua y humanizada que incluya seguimiento, control y emisión de conceptos médicos, garantizando la autonomía institucional y la cobertura en todas las unidades requeridas.
2	2. Informé clara y oportunamente al paciente, su familia y equipo de salud sobre la condición clínica, plan de manejo, recomendaciones y novedades, Realicé entrega de turno presencial mediante ronda médica, asegurando la continuidad y seguridad en la atención en el 100% de los casos.
3	3. Registré de manera completa, oportuna y sistematizada el 100% de las actividades en los sistemas institucionales, incluyendo historias clínicas, consentimientos informados y reportes. En caso de fallas del sistema, utilice los formatos de contingencia establecidos, garantizando la confidencialidad, integridad y respaldo documental mediante firma y sello profesional. Además, anexe el 100% de actividades realizadas en la dinámica gerencial, tales como triage, atención inicial de urgencias, evolución de urgencias, procedimientos y fichas de notificación
4	4. Respeté derechos del paciente, cumplí con el código de ética médica y disposiciones legales, así como me adherí al 100% de los protocolos, guías, políticas institucionales y marco normativo vigente que rige la prestación de los servicios.
5	5. Garantice al 100% el adecuado uso, custodia, funcionamiento, reparación y reposición de equipos, elementos e instalaciones asignados para el desarrollo de las actividades, reportando los activos según normativa institucional.
6	6. Colabore activamente y al 100% en la implementación y cumplimiento de políticas de calidad, seguridad del paciente, gestión del riesgo, acreditación y otros sistemas de garantía de calidad, incluyendo la notificación y análisis de eventos adversos y obligatorios.
7	7. Participe en capacitaciones, reuniones, comités, supervisiones internas y externas, cumpliendo oportunamente las recomendaciones y compromisos derivados de estos procesos, así como apoyé actividades y requerimientos institucionales y extra institucionales en su 100%.
8	8. Cumplí con el 100% del diligenciamiento adecuado y oportuno de documentos para procesos de costos, facturación, certificados legales (Fichas de notificación, defunción, MIPRES), y ayudé a responder reclamaciones y objeciones para evitar glosas, y garantizar la entrega oportuna de cuentas de cobro y el pago de aportes de seguridad social.
9	9. Coordine integralmente y al 100% el área de urgencias, reporté censos, gestione la liberación y flujo de camillas y camas, desarrolle y dirigi unidades de urgencias considerando normatividad y requisitos técnicos, y elaboré guías y planes para emergencias y desastres.
10	10. Informé al 100% y oportunamente al supervisor sobre cualquier novedad que afectara la prestación del servicio, incluyendo ausencias o cambios en programación, garantizando la continuidad

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, <u>CERTIFICO</u> 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° 9494659502	OPERADOR:	APORTES EN LINEA
CONCEPTO DEL PAGO	ENTIDAD	FECHA DE PAGO	VALOR PAGADO
SALUD:	SANITAS	2025/11/12	\$ 318.900
PENSIÓN:	COLPENSIONES	2025/11/12	\$ 408.100
RIESGOS LABORALES:	POSITIVA	2025/11/12	\$ 62.200
OTRO			
TOTAL PAGADO			\$ 789.200
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 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		 JENNIFER MELISSA VARGAS BUITRAGO PS_2106_2025_D36E0C JENNIFER MELISSA VARGAS BUITRAGO CC: 1073701603	
FIRMA DE QUIEN CONVALIDA EL CUMPLIMIENTO DE LAS OBLIGACIONES PARA EL PRESENTE PERIODO DE PAGO		 CARLOS ALBERTO MARIN PEREZ PS_2106_2025_D36E0C CARLOS ALBERTO MARIN PEREZ SUPERVISOR DEL CONTRATO	

DATOS GENERALES DEL APORTANTE

Identificación	dv	Razon Social	Clase Aportante	Sucursal Principal	Direccion	Ciudad-Departamento	Teléfono	Exonerado SENA e ICBF
CC 1073701603		VARGAS BUITRAGO JENNIFER MELISSA	INDEPENDIENTE	PRINCIPAL	CALLE 1 N 4 F 45	SOACHA-CUNDINAMARCA	9008802	No

LIQUIDACION DETALLADA DE APORTES

EMPLEADO				PENSION				SALUD				CCF				RIESGOS				PARAFISCALES			
No.	Identificación	Nombres	Codigo	Dias	IBC	Aporte	Codigo	Dias	IBC	Aporte	Codigo	Dias	IBC	Aporte	Codigo	Dias	IBC	Aporte	Dias	IBC	Aporte		
Sucursal: PRINCIPAL (1 Afiliados)					\$2,539,224	\$406,300			\$2,539,224	\$317,500			\$0	\$0			\$2,539,224	\$61,900		\$0	\$0		
Centro de Trabajo: PRINCIPAL (1 Afiliados)					\$2,539,224	\$406,300			\$2,539,224	\$317,500			\$0	\$0			\$2,539,224	\$61,900		\$0	\$0		
Ciudad: SOACHA Depto: CUNDINAMARCA (1 Afiliados)					\$2,539,224	\$406,300			\$2,539,224	\$317,500			\$0	\$0			\$2,539,224	\$61,900		\$0	\$0		
1	CC	1073701603	VARGAS JENNIFER	25-14	30	\$2,539,224	\$406,300	EPS005	30	\$2,539,224	\$317,500	0	\$0	\$0	14-23	30	\$2,539,224	\$61,900	0	\$0	\$0		
Total Afiliados(1)					\$2,539,224	\$406,300			\$2,539,224	\$317,500			\$0	\$0			\$2,539,224	\$61,900		\$0	\$0		

DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION									
Periodo		Clave		Tipo	Fecha		Pago		
Pensión	Salud	Pago	Planilla	Planilla	Limite	Pago	Banco	Dias Mora	Valor
2025-10	2025-10	1923135442	9494659502	I	2025/11/05	2025/11/12	BANCO DAVIVIENDA	7	\$789,200
RESUMEN DE PAGO									
RIESGO	CODIGO		NIT	DV	AFILIADOS	VALOR LIQUIDADO	INTERESES MORA	SALDOS E INCAPACIDADES	VALOR A PAGAR
AFP (ADMINISTRADORAS: 1)					1	\$406,300	\$1,800	\$0	\$408,100
COLPENSIONES	25-14		900,336,004	7	1	\$406,300	\$1,800	\$0	\$408,100
ARL (ADMINISTRADORAS: 1)					1	\$61,900	\$300	\$0	\$62,200
POSITIVA COMPAÑIA DE SEGUROS	14-23		860,011,153	6	1	\$61,900	\$300	\$0	\$62,200
EPS (ADMINISTRADORAS: 1)					1	\$317,500	\$1,400	\$0	\$318,900
SANITAS	EPS005		800,251,440	6	1	\$317,500	\$1,400	\$0	\$318,900
TOTAL					1	\$785,700	\$3,500	\$0	\$789,200