

DATOS DEL CONTRATISTA					
FECHA DE DILIGENCIAMIENTO: (31-12-2025)					
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		\$ 2.541.426	
FECHA DE INICIO CONTRATO	2025/01/01	FECHA DE TERMINACIÓN CONTRATO:		2026/01/15	
PERIODO OBJETO DE COBRO:	DEL 2025/12/01 AL 2025/12/31				
<div><div><div>JENNIFFER ROCIO MACIAS PS_1203_2025_78B78A</div></div><div>NOMBRE Y FIRMA DEL CONTRATISTA: JENNIFFER ROCIO MACIAS CC: 1033772092 CEL: 3124203106</div></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	246
----------------------------	--------------	----------------------	-----

VALOR TOTAL DEL CONTRATO INCLUIDO ADICIONES:	\$ 31.926.234	VALOR DE HONORARIOS PERÍODO A CERTIFICAR:	\$ 2.541.426
--	---------------	---	--------------

PLAZO DEL CONTRATO INCLUYENDO PRORROGAS	TRECE (13) 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 sistemas obligatorios 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 ESE
5	Verifique la disponibilidad de Biológico e insumos para iniciar actividad, en caso de alguna faltante presentar se debe reportar oportunamente al área encargada.
6	Al iniciar la jornada de actividades se debe manejar cadena de frío (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 el 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	Realice 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 postvacunales.
17	Aplice 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 carne y las recomendaciones dadas a la madre. *Aplicativo PAI: Base de datos SDS (crear al usuario).
20	Entregar carne a la madre, dar recomendaciones pos vacunales, explicar lugar y fecha de la próxima dosis.
21	Realice 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 enmiendas, 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 biológicos los fines de semana al jefe de sala de partos.
29	Realizar arqueo y entrega de biológica 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 (2025-12-01) AL (2025-12-31)

IV. INFORMACIÓN DE APORTES A SEGURIDAD SOCIAL			
No. DE PLANILLA:	N° 1077205466	OPERADOR:	SIMPLE
CONCEPTO DEL PAGO	ENTIDAD	FECHA DE PAGO	VALOR PAGADO
SALUD:	SANITAS	2025/12/10	\$ 178.000
PENSIÓN:	PORVENIR	2025/12/10	\$ 227.800
RIESGOS LABORALES:	SURA	2025/12/10	\$ 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 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	 JENNIFFER ROCIO MACIAS PS_1203_2025_78B78A 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_78B78A DIANA ISABEL MORA MORALES SUPERVISOR DEL CONTRATO



Fecha creación reporte	2025-12-19, 09:11:36 AM	Tipo Planilla	I	Número Planilla	1077205466	Referencia pago(PIN)	8862817850
		Periodo Cotización	202511	Periodo Servicio	202511		
Cliente:							

PAGADA 2025-12-10

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. APOORTE POR CADA UNA DE LAS ADMINISTRADORAS ASOCIADAS AL AFILIADO:

Novedades																		Tipo salario	Salario	Pensión							Salud					Riesgos					Caja				Parafiscales																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																													
ING	RET	TDE	TAE	TDP	TAP	VSP	COR	SIN	IGE	LMA	VAC	AVP	VCT	IRP	DíasAFP	DíasEPS				Días AFP	Días CCF	Código AFP	Código Tras. AFP	Tarifa AFP	IBC	Total Aporte AFP	Total Aporte FSP	Total Aporte FPSF	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																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																							

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