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: (31-12-2025)					
NOMBRES Y APELLIDOS:	**LEYDI PAOLA GUTIERREZ DAZA**			**CC:**	**1013638539**
CORREO ELECTRÓNICO:	**LEIDYPAOLAGUTIERREZDAZA@GMAIL.COM**			**TELÉFONO:**	**3142089778**
DIRECCIÓN DOMICILIO:	**CL 13 78 D 13**			**CIUDAD:**	**BOGOTA**
BANCO AL CUAL CONSIGNAR:	**BANCO DAVIVIENDA S.A.**	**TIPO DE CUENTA:**	**AHORROS**	**N° CUENTA:**	**005500200521**
DATOS DEL CONTRATO O ADICION Y PERIODO OBJETO DE PAGO					
Nº DEL CONTRATO:	**PS 1196 2025**	**VALOR CORRESPONDIENTE AL PERIODO OBJETO DE COBRO**			**$ 2.293.482**
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**				

LEYDI PAOLA GUTIERREZ DAZA
PS_1196_2025_6A756C

NOMBRE Y FIRMA DEL CONTRATISTA:
LEYDI PAOLA GUTIERREZ DAZA
CC: 1013638539
CEL: 3142089778

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			
LEYDI PAOLA GUTIERREZ DAZA			
	CON C.C N°	**1.013.638.539**	
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 1196 2025**	**FECHA INICIO CONTRATO**	**2025/01/01**
VALOR INICIAL DEL CONTRATO	$ 9.091.280	**No. HORAS EJECUTADAS**	**222**
VALOR TOTAL DEL CONTRATO INCLUIDO ADICIONES:	$ 28.151.976	**VALOR DE HONORARIOS PERÍODO A CERTIFICAR:**	$ 2.293.482
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	Realizar el pedido de Biológico de forma semanal oa necesidad del servicio, al centro de Acopio teniendo en cuenta, la disponibilidad y el consumo promedio mes.
2	Verifique la disponibilidad de Biológico e insumos para iniciar actividad, en caso de alguna faltante presentar se debe reportar oportunamente al área encargada.
3	Al iniciar la jornada de actividades se debe manejar cadena de frío (revisar termómetros y termo higrómetros).
4	Realice el registro diario de temperatura en forma manual y magnética.
5	Realizar aseo recurrente cumpliendo con el protocolo de limpieza y desinfección.
6	Realizar seguimiento, supervisión y registro de fechas de vencimiento, conservación y disposición final de los biológicos (semaforización).
7	Disponer de los insumos necesarios para el inicio de la jornada (biológico, jeringas, estériles, tapabocas, etc.)
8	Cumplir con los protocolos establecidos para el ingreso a las áreas de mayor complejidad.
9	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).
10	Recibir Biológico a las 7 am en sala de partos, 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 la Vacuna de BCG.
11	Al Iniciar la actividad debe Presentarse a la madre del recién nacid@ con nombre y cargo.
12	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.
13	Alistar, organizar los insumos necesarios, realizar lavado de manos según protocolo.
14	Explique el procedimiento a la madre, tipo de vacuna, posibles efectos secundarios y cuidados postvacúnales.
15	Aplique las normas de bioseguridad, asepsia y antisepsia antes, durante y después de la administración del biológico.
16	Realizar administración (ver protocolo de vacunación).
17	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 de la carne y las recomendaciones dadas a la madre. *Aplicativo PAI: Base de datos SDS (crear al usuario).
18	Entregar carne a la madre, dar recomendaciones pos vacunales, explicar lugar y fecha de la próxima dosis.
19	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.)
20	Realizar arqueo de biológico aplicado al terminar la jornada.
21	Realizar informe mensual y entrega del mismo al ente encargado dentro de las fechas estipuladas según cronograma, este debe ser firmado por el jefe del servicio. (las áreas de entrega son: PAI, sistema de información, centro de Acopio Subred Centro Oriente).
22	Realizar registro y control de Biológico Diario en libro y Kardex (no debe tener tachones ni enmiendas, no utilizar corrector).
23	Informar al jefe inmediato las novedades que se presenten durante la jornada.
24	Realice mensualmente el aseo terminal de las neveras según manual técnico administrativo dejando registro del mismo
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	Realice seguimiento a los niños recién nacidos de bajo peso para la aplicación de la vacuna de BCG.
28	Garantizar la aplicación de la Vacuna antirrábica realizando seguimiento de acuerdo al esquema establecido e informar semanalmente las cantidades existentes.
29	Notificar semanalmente las cantidades existentes del Suero Antirrábico e informar oportunamente desabastecimiento.
30	Realizar seguimiento y control de los sueros antirrábicos administrados en las noches y fines de semana.
31	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.
32	Realizar recibo y entrega de biológicos los fines de semana al jefe de sala de partos.
33	Realizar arqueo y entrega de biológica a la auxiliar encargada de vacunar los fines de semana.
34	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° 91758833	OPERADOR:	MI PLANILLA
CONCEPTO DEL PAGO	ENTIDAD	FECHA DE PAGO	VALOR PAGADO
SALUD:	SALUD TOTAL	2025/12/10	$ 233.500
PENSIÓN:	COLFONDOS	2025/12/10	$ 227.800
RIESGOS LABORALES:	SEGUROS BOLIVAR	2025/12/10	$ 34.700
OTRO			
TOTAL PAGADO			$ 496.000

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	*LEYDI PAOLA GUTIERREZ DAZA* *PS_1196_2025_6A756C* **LEYDI PAOLA GUTIERREZ DAZA** **CC: 1013638539**
FIRMA DE QUIEN CONVALIDA EL CUMPLIMIENTO DE LAS OBLIGACIONES PARA EL PRESENTE PERIODO DE PAGO	*DIANA ISABEL MORA MORALES* *PS_1196_2025_6A756C* **DIANA ISABEL MORA MORALES** **SUPERVISOR DEL CONTRATO**

compensar | miplanilla.com

PLANILLA INTEGRADA DE AUTOLIQUIDACION DE APORTES

DATOS DEL APORTANTE						
TIPO	NÚMERO	NOMBRE APORTANTE	DIRECCIÓN	TELÉFONO	CORREO	EXONERADO PAGO PARAFISCALES Y SALUD
CC	1013638539	LEYDI PAOLA GUTIERREZ DAZA	CL 13 78D 13	3142089778	leidypaolagutierrezdaza@gmail.com	
FORMA PRESENTACIÓN	CLASE APORTANTE	NOMBRE SUCURSAL / CÓDIGO	DEPARTAMENTO	CIUDAD / MUNICIPIO		
ÚNICA	I – Independiente		BOGOTÁ D. C.	BOGOTÁ, D.C.		NO

DATOS DE LA PLANILLA						
PLANILLA ASOCIADA	FECHA PAGO ASOCIADA (DIA/MES/AÑO)	TIPO PLANILLA	FECHA PAGO (DIA/MES/AÑO)	NÚMERO PLANILLA	CANTIDAD EMPLEADOS	CANTIDAD UPC
					1	1
PERIODO SALUD	PERIODO PENSIONES				TOTAL A PAGAR	
2025-11	2025-11	I	10/12/2025	91758833	$496.000	

TOTALES POR SUBSISTEMAS

TOTALES SALUD

Código EPS	Nombre	NIT	Cotización Obligatoria	UPC Adicional	Incapacidades		Licencia Maternidad		Días Mora	Valor Mora Cotización	Valor Mora UPC	Total a Pagar	No. Afiliados
					No. Autorización	Valor	No. Autorización	Valor					
EPS002	Salud Total EPS	800130907-4	178.000	55.500		0		0	0	0	0	233.500	2

TOTALES PENSIÓN

Código AFP	Nombre	NIT	Cotización Obligatoria	Aporte Voluntario Afiliado	Aporte Voluntario Aportante	Aporte FSP - Solidaridad	Aporte FSP - Subsistencia	Días Mora	Valor Mora Cotización	Valor Mora FSP	Total a Pagar	No. Afiliados
231001	Colfondos	800227940-6	227.800	0	0	0	0	0	0		227.800	1

TOTALES RIESGOS LABORALES

Código ARL	Nombre	NIT	Cotización Obligatoria	Incapacidades		Aportes Otros Sistemas	Valor Neto Cotización	Días Mora	Valor Mora Cotización	Subtotal Cotización	No. Radicado Saldo a Favor	Valor Saldo a Favor	Fondo Solidaridad	Total a Pagar	No. Afiliados
				No. Autorización	Valor										
14-7	Seguros Bolivar S.A.	860002503-2	34.700				34.700	0	0	34.700			347	34.700	1

TOTALES CAJAS

Código CCF	Nombre	NIT	Valor Aporte	Días Mora	Valor Mora Aporte	Total a Pagar	No. Afiliados

TOTALES PARAFISCALES

Valor Aporte	Días Mora	Valor Mora Aporte	Total a Pagar	No. Afiliados
SENA				
0	0	0	0	0
ICBF				
0	0	0	0	0
ESAP				
MEN				

TOTALES POR SUBSISTEMA

Tipo Administradora	No. Administradoras Reportadas	Valor antes de IGE, LMA, IRP y Mora	Total a Pagar
Salud	1	233.500	233.500
Pensión	1	227.800	227.800
Riesgos Laborales	1	34.700	34.700
CCF	0	0	0
ESAP	0	0	0
ICBF	0	0	0
MEN	0	0	0
SENA	0	0	0
TOTALES	3	496.000	496.000

PAGADA

Este documento está clasificado como PRIVADO por parte de Compensar Operador de Información

compensar | miplanilla.com

PLANILLA INTEGRADA DE AUTOLIQUIDACION DE APORTES

DATOS DEL APORTANTE						
TIPO	NÚMERO	NOMBRE APORTANTE		DIRECCIÓN	TELÉFONO	CORREO
CC	1013638539	LEYDI PAOLA GUTIERREZ DAZA		CL 13 78D 13	3142089778	leidypaolagutierrezdaza@gmail.com
FORMA PRESENTACIÓN	**CLASE APORTANTE**	**NOMBRE SUCURSAL**	**CÓDIGO**	**DEPARTAMENTO**	**CIUDAD / MUNICIPIO**	**EXONERADO PAGO PARAFISCALES Y SALUD**
ÚNICA	I – Independiente			BOGOTÁ D. C.	BOGOTÁ, D.C.	NO

DATOS DE LA PLANILLA						
PLANILLA ASOCIADA	FECHA PAGO ASOCIADA (DIA/MES/AÑO)	TIPO PLANILLA	FECHA PAGO (DIA/MES/AÑO)	NÚMERO PLANILLA	CANTIDAD	
					EMPLEADOS	UPC
					1	1
PERIODO SALUD	PERIODO PENSIONES				TOTAL A PAGAR	
2025-11	2025-11	I	10/12/2025	91758833	$496.000	

DETALLE POR COTIZANTE

INFORMACIÓN COTIZANTE									INFORMACIÓN NOVEDADES																		PENSIÓN							SALUD			RIESGOS LABORALES				CCF			PARAFISCALES				
No.	Tipo	No. de Identificación	Apellidos y Nombres	Cotizante	Subtipo	Extranjero	Colom. exterior	Estudiante	ING	RET	TDE	TAE	TDP	TAP	VSP	VST	SLN	IGE	LMA	VAC	AVP	VCT	IRL	CORRECCIÓN	Cód. AFP	IBC AFP	Cotización	Voluntario Afiliado	Voluntario Aportante	Fondo pensional de solidaridad	Fondo pensional de subsistencia	Cód. EPS	IBC EPS	Cotización / Valor UPC	Cód. ARL	IBC ARL	Clase de Riesgo	Cotización	Código CCF	IBC CCF	Aporte CCF	IBC otros parafiscales	Aporte SENA	Aporte ICBF	Aporte ESAP	Aporte MEN
1	CC	1013638539	GUTIERREZ DAZA LEYDI PAOLA	59	0			N																	231001	1.423.500	227.800	0	0	0	0	EPS002	1.423.500	178.000	14-7	1.423.500	3	34.700		0	0	0	0	0	0	0	0
2	CC	1016736464	QUINTERO DAZA ANTONELLA	40	0			N																		0	0	0	0	0	0	EPS002	0	55.500		0		0		0	0	0	0	0	0	0	0

PAGADA

Este documento está clasificado como PRIVADO por parte de Compensar Operador de Información