**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:** | **CARMEN ROSALBA ROJAS** | | | **CC:** | **52045545** |
| **CORREO ELECTRÓNICO:** | **rosalbarojas20@gmail.com** | | | **TELÉFONO:** | **3203348390** |
| **DIRECCIÓN DOMICILIO:** | **CRA 3C 32B 60 SUR** | | | **CIUDAD:** | **BOGOTA** |
| **BANCO AL CUAL CONSIGNAR:** | **BANCO DAVIVIENDA S.A.** | **TIPO DE CUENTA:** | **AHORROS** | **N° CUENTA:** | **8480339418** |
| **DATOS DEL CONTRATO O ADICION Y PERIODO OBJETO DE PAGO** | | | | | |
| **Nº DEL CONTRATO:** | **PS 1766 2025** | **VALOR CORRESPONDIENTE AL PERIODO OBJETO DE COBRO** | | | **$ 2.922.816** |
| **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** | | | | |

*CARMEN ROSALBA ROJAS*
*PS_1766_2025_411B2D*

**NOMBRE Y FIRMA DEL CONTRATISTA:**
**CARMEN ROSALBA ROJAS**
**CC: 52045545**
**CEL: 3203348390**

| | | |
|---|---|---|
| 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**<br>**APOYO - GESTION DE CONTRATACIÓN**<br>**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<br>**VERSIÓN:** 2<br>**FECHA:** 2025-06-09 |

| | | | |
|---|---|---|---|
| **CELEBRADO ENTRE LA SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E Y** | | | |
| **CARMEN ROSALBA ROJAS** | | | |
| | **CON C.C N°** | **52.045.545** | |
| **OBJETO DEL CONTRATO:** | PRESTAR SERVICIOS PROFESIONALES COMO INSTRUMENTADOR QUIRURGICO PARA DESARROLLAR ACTIVIDADES EN LA DIRECCION DE SERVICIOS HOSPITALARIOS DE LA SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E. | | |
| **CONTRATO DE PRESTACION DE SERVICIOS PROFESIONALES No.** | **PS 1766 2025** | **FECHA INICIO CONTRATO** | **2025/01/01** |
| **VALOR INICIAL DEL CONTRATO** | $ 16.487.680 | **No. HORAS EJECUTADAS** | **156** |
| **VALOR TOTAL DEL CONTRATO INCLUIDO ADICIONES:** | $ 42.699.344 | **VALOR DE HONORARIOS PERÍODO A CERTIFICAR:** | $ 2.922.816 |
| **PLAZO DEL CONTRATO INCLUYENDO PRORROGAS** | TRECE (13) MESES | | |
| **UNIDAD FUNCIONAL DE EJECUCIÓN DE ACTIVIDADES:** | HOSPITAL LA VICTORIA | | |
| **NOMBRE DEL SUPERVISOR:** | SAUL ARDILA DURAN | | |

| ITEM | II. ACTIVIDADES REALIZADAS EN EL PERIODO, DE ACUERDO CON EL OBJETO Y LAS OBLIGACIONES ESTABLECIDAS EN EL CONTRATO<br>(Deben ser coherentes con las obligaciones específicas del contrato realizadas durante el mes) |
|---|---|
| 1 | 1. SI HAGO USO EL CARNE INSTITUCIONAL DE LA SUBRED DURANTE LA EJECUCION MIS ACTIVIDADES CONTRACTUALES, EXCEPTUANDO AQUELLAS DESARROLLADAS DENTRO DE LAS UNIDADES QUIRURGICAS.<br>2. SI APOYO EL CUMPLIMIENTO DE LAS NORMAS DEL SISTEMA OBLIGATORIO DE GARANTIA DE LA CALIDAD SEGUN REQUERIMIENTOS DE LA NORMATIVIDAD VIGENTE.<br>3. SI PARTICIPO EN LAS JORNADAS DE CAPACITACION, INDUCCION, REUNIONES Y EVENTOS A LOS CUALES SEA CONVOCADO.<br>4. SI CONOSCO, CONSULTO LAS GUIAS, MANUALES, PROTOCOLOS Y DEMAS ESTABLECIDOS POR LA SUBRED, Y PARTICIPO EN LA CAPACITACION DE ESTOS PARA SU IMPLEMENTACION DE LOS MISMOS.<br>5. SI PARTICIPO DE LAS ACTIVIDADES QUE DEMANDE SEGUN REQUERIMIENTOS INTRA Y EXTRA INSTITUCIONALES.<br>6. SI PARTICIPO EN LA ELABORACION Y ACTUALIZACION DE LOS MANUALES, PROCESOS, GUIAS DE MANEJO Y PROTOCOLOS ASISTENCIALES DEL AREA.<br>7. SI ME COMUNICO CON MI SUPERVISOR Y MI JEFE INMEDIATO FRENTE A CUALQUIER NOVEDAD CON MI CONTRATO QUE AFECTE EL CUMPLIMIENTO DE SUS OBLIGACIONES.<br>8. ATENDER A LOS USUARIOS INTERNOS Y EXTERNOS CON ACTITUD DE SERVICIO Y DE MANERA HUMANA, EFICAZ, CALIDA Y RESPETUOSA.<br>9. REALIZO SOCIALIZACIO Y CAPACITACIONES AL PERSONAL DEL SERVICIO PARA EL DESARROLLO Y FORMACION DEL RECURSO HUMANO EN SALUD, CUANDO SEA NECESARIO.<br>10. CUMPLO CON MI PROGRAMACION MENSUAL DE ACTIVIDADES.<br>11. NOTIFICO LOS SUCESOS DE SEGURIDAD QUE SE PRESENTEN EN EL SERVICIO, PARTICIPAR EN LOS ANALISIS DE CASO RELACIONADOS CON EL SUCESO Y EN LOS QUE ME CONVOQUEN, E IMPLEMENTAR LAS ACCIONES DE MEJORA DEFINIDAS PARA EL SERVICIO, RESULTADO DEL ANALISIS REALIZADO.<br>12. EMITO CONCEPTOS DE CONFORMIDAD EN MIS ACTIVIDADES PROFESIONALES.<br>13. ENTREGO DE MANERA OPORTUNA, Y CONFORME A LOS TIEMPOS ESTABLECIDOS, EL PAGO DE LOS APORTES QUE REALIZO AL SISTEMA DE SEGURIDAD SOCIAL Y PARAFISCALES DURANTE LA VIGENCIA MI CONTRATO, SE QUE ES UN REQUISITO INDISPENSABLE PARA GENERAR CADA PAGO A MI FAVOR, ANEXANDO LA PLANILLA DE PAGO DE APORTES AL SISTEMA INTEGRAL DE SEGURIDAD SOCIAL QUE COMPRENDE SALUD Y PENSION<br>14. CUSTODIO Y RESPONDOR POR LOS ELEMENTOS QUE ME ENTREGAN PARA REALIZAR LAS ACTIVIDADES QUE ME SON ASIGNADAS.<br>15. ANTES DE MI INGRESO AL AREA QUIRURGICA SIEMPRE PORTO EL VESTIDO QUIRURGICO COMPLETO Y DE FORMA CORRECTA COMO APARECE EN EL PROTOCOLO INSTITUCIONAL. |
| | 16. VERIFICO LA PROGRAMACION QUIRURGICA DEL QUIROFANO AL QUE FUI ASIGNADA, CON EL PROPOSITO DE DAR CUMPLIMIENTO A LA PROGRAMACION.<br>17. SOLICITO Y REGISTRO EL INSTRUMENTAL QUIRURGICO, DISPOSITIVOS MEDICOS, Y MATERIAL |

| | |
|---|---|
| 2 | NECESARIO A LA CENTRAL DE ESTERILIZACION PARA CADA PROCEDIMIENTO.<br>18. SOLICITO A LA FARMACIA LAS SUTURAS Y DISPOSITIVOS MEDICOS NECESARIOS PARA REALIZAR EL PROCEDIMIENTO QUIRURGICO Y DEVUELVO EL MATERIAL QUE NO UTILIZO A LA FARMACIA NUEVAMENTE.<br>19. REALIZO LA LIMPIEZA Y DESINFECCION DEL CARRO DE TRANSPORTE CORRESPONDIENTE DEL MATERIAL SUCIO Y DEL MATERIAL ESTERIL AL INICIAR LA JORNADA, PARA PODER REALIZAR LOS TRASLADOS DEL MATERIAL ESTERIL Y DEL MATERIAL CONTAMINADO POR CADA PROCEDIMIENTO.<br>20. SIEMPRE RESPONDO A LA LISTA DE CHEQUEO DE CIRUGIA SEGURA, INFORMO TODA NOVEDAD QUE SALGA CON LOS EQUIPOS O METARILA ESTERIL Y FINALIZADO EL PROCEDIMIENTO FIRMO.<br>21. ME PRESENTO AL PACIENTE E LE DIGO QUE SOY LA INSTRUMENTADORA QUIRURGICA QUE VA ESTAR EN SU CIRUGIA, ANTES DE DAR INICIO AL PROCEDIMIENTO.<br>22. ESTOY PENDIENDE DE LA ASEPSIA Y ANTISEPSIA DENTRO DEL PROCEDIMIENTO QUIRURGICO ASI COMO POR LA GARANTIA DE CONSERVACION DE ESTERILIDAD DEL INSTRUMENTAL Y EQUIPOS UTILIZADOS EN SALAS DE CIRUGIA.<br>23. VERIFICO EL VIRAJE DE LOS INDICADORES QUIMICOS ANTES DE INICIAR EL PROCEDIMIENTO, EN CASO DE NO SER ACEPTABLES, DEVUELVO Y REPORTO A LA CENTRAL DE ESTERILIZACION<br>24. REVISO EL CONTENIDO DE CADA EQUIPO Y EL ESTADO DEL MISMO ANTES DE INICIAR EL PROCEDIMIENTO. EN CASO DE ENCONTRAR ALGUN FALTANTE O EN MAL ESTADO INFORMOR INMEDIATAMENTE A LA CENTRAL DE ESTERILIZACION, POR MEDIO DEL CIRCULANTE DE ENFERMERIA, CONSERVANDO EL ROTULO DE MARCADO PROVENIENTE DE LA CENTRAL.<br>25. CUENTO EN VOZ ALTA EN CONJUNTO CON EL AUXILIAR EL MATERIAL MEDICO QUIRURGICO QUE VA A SER UTILIZADO DURANTE EL PROCEDIMIENTO, TALES COMO: GASAS, COMPRESAS, AGUJAS DE SUTURAS, COTONOIDES Y DEMAS DISPOSITIVOS ANTES DE DAR INICIO AL PROCEDIMIENTO QUIRURGICO E INFORMAR EN VOZ ALTA AL AUXILIAR DE ENFERMERIA CIRCULANTE DE SALA PARA QUE LO REGISTRE EN LA HOJA DE VERIFICACION DE SEGURIDAD.<br>26. DURANTE EL PROCEDIMIENTO INFORMAR DEL CONTEO DE MATERIAL MEDICO QUIRURGICO, QUE SE VAYA RECIBIENDO CON EL FIN DE REGISTRARLO EN LA HOJA DE SEGURIDAD, SUMARLO Y CONTARLO AL FINAL DEL PROCEDIMIENTO.<br>29. PARTICIPO ACTIVAMENTE DURANTE PROCEDIMIENTO QUIRURGICO.<br>28. CUENTO EN CONJUNTO CON EL AUXILIAR CIRCULANTE DE SALA EL INSTRUMENTAL QUIRURGICO, COMPRESAS, GASAS, COTONOIDES, AGUJAS Y TODO EL MATERIAL QUIRURGICO UTILIZADO EN CAVIDAD, ANTES DEL CIERRE DE LA CAVIDAD. |
| 3 | 30. INFORMO AL CIRUJANO TRATANTE EL RESULTADO DEL RECUENTO PARA PODER REALIZAR EL CIERRE DE CAVIDAD. Y UNA VEZ TERMINADO EL PROCEDIMIENTO, VERIFICO EL REGISTRO DE LA INFORMACION EN LA HOJA DE SEGURIDAD, ANTES DE FIRMAR. ENTREGO LAS PIEZAS ANATOMOPATOLOGICAS AL AUXILIAR DE ENFERMERIA DE LA SALA PARA SU DEBIDO ENVIO A ESTUDIO, INFORMANDO EN VOZ ALTA EL NOMBRE DE LA MUESTRA, MEDIO DE PRESERVACION Y EL DESTINO DE LA MUESTRA. POSTERIORMENTE, VERIFIQUE EL CORRECTO REGISTRO EN LA HOJA DE VERIFICACION.<br>31. TERMINADO EL PROCEDIMIENTO QUIRURGICO RECOJO TODO EL INSTRUMENTAL Y DISPOSITIVOS MEDICOS, LOS COLOCO EN EL CONTENEDOR DE TRANSPORTE DE MATERIAL CONTAMINADO, ABRIR LAS PINZAS CON EXCEPCION DE LAS PINZAS DE CAMPO Y APLICO EL DETERGENTE ENZIMATICO Y TAPO EL CONTENEDOR.<br>32. TRASLADO EL CONTENEDOR DEL INSTRUMENTAL QUIRURGICO EN EL CARRO DE TRANSPORTE DE MATERIAL CONTAMINADO Y LOENTREGO EN EL AREA DE RECEPCION DE LA CENTRAL DE ESTERILIZACION, ESPERO A QUE EL AUXILIAR DEL SERVICIO DE ESTERILIZACION REALICE EL CONTEO RESPECTIVO Y REGISTRO EN EL LIBRO CORRESPONDIENTE DE LA CENTRAL DE ESTERILIZACION TODOS LOS EQUIPOS Y MATERIALES ENTREGADOS PARA REPROCESAR.<br>33. REGISTRO EN LA HOJA DE GASTOS DE FARMACIA LOS ELEMENTOS UTILIZADOS EN EL PROCEDIMIENTO QUIRURGICO.<br>34. ELABORO POR SISTEMA LA HOJA DE GASTOS DE MATERIAL ESPECIALIZADO CUANDO HAYA LUGAR.<br>35. REPORTO LOS EVENTOS DE SEGURIDAD QUE SE PRESENTEN DURANTE EL PROCEDIMIENTO QUIRURGICO O RELACIONADOS A LA ATENCION DEL PACIENTE, AUN CUANDO NO SE ENCUENTRE DIRECTAMENTE INVOLUCRADO EL INSTRUMENTADOR QUIRURGICO.<br>36. CUMPLO CON EL PROTOCOLO INSTITUCIONAL DE COMPORTAMIENTO EN QUIROFANO. |

**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° 91413095 | OPERADOR: | MI PLANILLA |

| CONCEPTO DEL PAGO | ENTIDAD | FECHA DE PAGO | VALOR PAGADO |
|---|---|---|---|
| SALUD: | SANITAS | 2025/11/12 | $ 224.900 |
| PENSIÓN: | COLPENSIONES | 2025/11/12 | $ 287.800 |
| RIESGOS LABORALES: | POSITIVA | 2025/11/12 | $ 0 |
| OTRO | | | |
| TOTAL PAGADO | | | $ 512.700 |

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** | *CARMEN ROSALBA ROJAS*<br>*PS_1766_2025_411B2D*<br>**CARMEN ROSALBA ROJAS**<br>**CC: 52045545** |
| **FIRMA DE QUIEN VALIDA** | *DEISY YANETH HENAO VILLALOBOS*<br>*PS_1766_2025_411B2D*<br>**DEISY YANETH HENAO VILLALOBOS**<br>**SUPERVISOR ALTERNO** |
| **FIRMA DE QUIEN CONVALIDA EL CUMPLIMIENTO DE LAS OBLIGACIONES PARA EL PRESENTE PERIODO DE PAGO** | *SAUL ARDILA DURAN*<br>*PS_1766_2025_411B2D*<br>**SAUL ARDILA DURAN**<br>**SUPERVISOR DEL CONTRATO** |

compensar | miplanilla.com

# REPORTE RESUMEN DE PAGO

## Información básica de la planilla

| | | | |
|---|---|---|---|
| **Empresa:** | CARMEN ROSALBA ROJAS | **NIT:** | 52045545 |
| **Tipo Planilla:** | I | **Periodo liquidación Pensiones:** | diciembre 2025 |
| **Sucursal o Dependencia:** | PRINCIPAL | **Periodo liquidación Salud:** | diciembre 2025 |
| **Número de Radicación:** | 92321477 | **Total a pagar:** | $512,700 |
| **Fecha de vencimiento:** | 14/01/2026 | **Total de empleados:** | 1 |
| **Fecha de Pago:** | 12/12/2025 | **Número de Administradoras:** | 2 |

## Detalles del pago

| | | | |
|---|---|---|---|
| **Razón social recaudo:** | Compensar OI | **Nit recaudo:** | 9998600669427 |
| **Descripción:** | MiPlanilla.com Pago Proteccion Social | **Medio de Pago:** | Pago Electronico por PSE |
| **Banco:** | BANCO DAVIVIENDA | **Número Autorización:** | 2001280102 |
| **Estado de la transacción:** | Transacción aprobada | | |

| Código | NIT | Administradoras | Num. Afiliados | *Número de incapacidad por riesgos laborales | Valor descontado en incapacidad y/o licencia | Total Pagado |
|---|---|---|---|---|---|---|
| 25-14 | 900336004 | Administradora Colombiana de Pensiones - | 1 | | $0 | $287,800 |
| EPS005 | 800251440 | Sanitas EPS | 1 | | $0 | $224,900 |
| | | | | | | $512,700 |

***Si descontó incapacidades o notas crédito debe informar a la administradora correspondiente los descuentos.**

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