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:	**BLANCA JANNETH REYES ALFONSO**			**CC:**	**52131171**
CORREO ELECTRÓNICO:	**JANNETHZ1@HOTMAIL.COM**			**TELÉFONO:**	**3103657772**
DIRECCIÓN DOMICILIO:	**CL 65 A 17 H 18 SUR**			**CIUDAD:**	**BOGOTA**
BANCO AL CUAL CONSIGNAR:	**BANCOLOMBIA**	**TIPO DE CUENTA:**	**AHORROS**	**N° CUENTA:**	**91217124200**
DATOS DEL CONTRATO O ADICION Y PERIODO OBJETO DE PAGO					
Nº DEL CONTRATO:	**PS 1194 2025**	**VALOR CORRESPONDIENTE AL PERIODO OBJETO DE COBRO**			**$ 2.324.475**
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**				

BLANCA JANNETH REYES ALFONSO
PS_1194_2025_DB74C4

NOMBRE Y FIRMA DEL CONTRATISTA:
BLANCA JANNETH REYES ALFONSO
CC: 52131171
CEL: 3103657772

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			
BLANCA JANNETH REYES ALFONSO			
CON C.C N°	**52.131.171**		
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 1194 2025**	**FECHA INICIO CONTRATO**	**2025/01/01**
VALOR INICIAL DEL CONTRATO	$ 9.091.280	**No. HORAS EJECUTADAS**	**225**
VALOR TOTAL DEL CONTRATO INCLUIDO ADICIONES:	$ 30.445.457	**VALOR DE HONORARIOS PERÍODO A CERTIFICAR:**	$ 2.324.475
PLAZO DEL CONTRATO INCLUYENDO PRORROGAS	TRECE (13) MESES		
UNIDAD FUNCIONAL DE EJECUCIÓN DE ACTIVIDADES:	HOSPITAL SANTA CLARA		
NOMBRE DEL SUPERVISOR:	SANDRA ISABEL LOAIZA GONZALEZ		

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	Organice el servicio y realizar alistamiento de consultorio asignado con la dotación necesaria y mantenerlos ordenados para facilitar la prestación de servicio adecuado y oportuno.
2	Cumpli con las normas de bioseguridad, limpieza y desinfección conforme a los protocolos y guías institucionales.
3	Realice actividades de educación a usuarios y familiares conforme a lo requerido en la subre
4	Realice la programación de citas a los usuarios del Programa de Anticoagulación, informado fecha y hora correspondientes.
5	Revise las agendas de cada uno de los profesionales del programa, realizado optimización de las mismas con la asignación de citas.
6	Recepcione cada uno de los pacientes que llegan cumplir su cita, realizar toma de signos vitales y realizar coaguchec a cada usuario, antes de pasar a consulta médica.
7	Cumpli con las actividades propias del servicio y con las asignaciones realizadas por los médicos del programa.
8	Utilice adecuadamente los materiales y equipos y avisar sobre la falta o deterioro de los mismos a la enfermera jefe.
9	Recepcione las llamadas en el celular asignado al programa, y brindar información acerca del mismo, a los usuarios que lo soliciten, brindando además las orientaciones necesarias.
10	Realice 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.
11	Apoye actividades relacionadas con el proceso de acreditación y habilitación de la Subred Integrada de Servicios de Salud Centro oriente E.S.E.

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° 92031453	OPERADOR:	MI PLANILLA
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 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	*BLANCA JANNETH REYES ALFONSO* *PS_1194_2025_DB74C4* **BLANCA JANNETH REYES ALFONSO** **CC: 52131171**
FIRMA DE QUIEN CONVALIDA EL CUMPLIMIENTO DE LAS OBLIGACIONES PARA EL PRESENTE PERIODO DE PAGO	*SANDRA ISABEL LOAIZA GONZALEZ* *PS_1194_2025_DB74C4* **SANDRA ISABEL LOAIZA GONZALEZ** **SUPERVISOR DEL CONTRATO**

Compensar operador de información certifica que procesó el pago realizado por:

Señor(a): BLANCA JANNETH REYES ALFONSO
No. Identificación: CC52131171
Dirección: CALLE 65 A NO 17H-18 SUR
Telefono: 3103657772
Correo: jannethz1@hotmail.com
Ciudad: BOGOTÁ, D.C.
Número de Planilla: 92031453

CITE EL NÚMERO DE PLANILLA PARA CUALQUIER CONSULTA DE PAGO

Nombre Aportante	BLANCA JANNETH REYES ALFONSO
Tipo y número de identificación	CC52131171
Número de planilla	92031453
Fecha pago	2025-12-10
Número de autorización pago	2111478
Banco	1083

Número de Empleados	1
Periodo de Cotización Salud	noviembre de 2025
Periodo de Cotización Pensión	noviembre de 2025
Número de Administradoras	3
Total Pagado	440500
Total Intereses de Mora	0

PAGADA

CÓDIGO ADMINISTRADORA	NOMBRE	TOTAL PAGADO	NÚMERO DE AFILIADOS
14-11	ARL SURA	34700	1
230301	Porvenir	227800	1
EPS005	Sanitas EPS	178000	1

92031453

TIPO DOC.: CC
NO. DOCUMENTO: 52131171
APELLIDOS Y NOMBRES: BLANCA JANNETH REYES ALFONSO

Cód. EPS	Cód. AFP	IBC SALUD	IBC PENSIÓN	IBC RIESGOS	IBC CAJAS	COTIZACIÓN SALUD	VALOR UPC	COTIZACIÓN PENSIÓN	FONDO SOLIDARIDAD Y SUBSISTENCIA	COTIZACIÓN RIESGOS	APORTE CAJAS
EPS005	230301	1423500	1423500	1423500	0	178000	0	227800	0	34700	0

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

Documentos de ejecución del contrato

	Descripción	Nombre del archivo	Cargado por		
☐	PS 1194 2025 CUENTA DE COBRO ENERO 2025.pdf	PS 1194 2025 CUENTA DE COBRO ENERO 2025.pdf	Comprador	Descargar	Detalle
☐	PS 1194 2025 CUENTA DE COBRO FEBRERO 2025.pdf	PS 1194 2025 CUENTA DE COBRO FEBRERO 2025.pdf	Comprador	Descargar	Detalle
☐	PS 1194 2025 CUENTA DE COBRO MARZO 2025.pdf	PS 1194 2025 CUENTA DE COBRO MARZO 2025.pdf	Comprador	Descargar	Detalle
☐	PS 1194 2025 CUENTA DE COBRO ABRIL 2025.pdf	PS 1194 2025 CUENTA DE COBRO ABRIL 2025.pdf	Comprador	Descargar	Detalle
☐	PS 1194 2025 CUENTA DE COBRO MAYO 2025.pdf	PS 1194 2025 CUENTA DE COBRO MAYO 2025.pdf	Comprador	Descargar	Detalle
☐	1 PS 1194 2025 CRP-5922.pdf	1 PS 1194 2025 CRP-5922.pdf	Comprador	Descargar	Detalle
☐	2 PS 1194 2025 CRP-13427.pdf	2 PS 1194 2025 CRP-13427.pdf	Comprador	Descargar	Detalle
☐	PS 1194 2025 CUENTA DE COBRO JUNIO 2025.pdf	PS 1194 2025 CUENTA DE COBRO JUNIO 2025.pdf	Proveedor	Descargar	Detalle
☐	PS 1194 2025 CUENTA DE COBRO JULIO 2025.pdf	PS 1194 2025 CUENTA DE COBRO JULIO 2025.pdf	Proveedor	Descargar	Detalle
☐	3 PS 1194 2025 CRP-18734.pdf	3 PS 1194 2025 CRP-18734.pdf	Comprador	Descargar	Detalle
☐	PS 1194 2025 CUENTA DE COBRO AGOSTO 2025.pdf	PS 1194 2025 CUENTA DE COBRO AGOSTO 2025.pdf	Proveedor	Descargar	Detalle
☐	PS 1194 2025 CUENTA DE COBRO SEPTIEMBRE 2025.pdf	PS 1194 2025 CUENTA DE COBRO SEPTIEMBRE 2025.pdf	Proveedor	Descargar	Detalle
☐	PS 1194 2025 CUENTA DE COBRO OCTUBRE 2025.pdf	PS 1194 2025 CUENTA DE COBRO OCTUBRE 2025.pdf	Proveedor	Descargar	Detalle
☐	PS 1194 2025 CUENTA DE COBRO NOVIEMBRE 2025.pdf	PS 1194 2025 CUENTA DE COBRO NOVIEMBRE 2025.pdf	Proveedor	Descargar	Detalle

Borrar | Cargar nuevo