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: (30-09-2026)					
NOMBRES Y APELLIDOS:	**JENNIFER ALEJANDRA GASCA OSORIO**			**CC:**	**40670137**
CORREO ELECTRÓNICO:	**GASCA_ALEJANDRA425@HOTMAIL.COM**			**TELÉFONO:**	**3166992799**
DIRECCIÓN DOMICILIO:	**KR 31 17 180**			**CIUDAD:**	**BOGOTA**
BANCO AL CUAL CONSIGNAR:	**BANCO DE BOGOTA**	**TIPO DE CUENTA:**	**AHORROS**	**N° CUENTA:**	**000287292**
DATOS DEL CONTRATO O ADICION Y PERIODO OBJETO DE PAGO					
Nº DEL CONTRATO:	**PS 1276 2026**	**VALOR CORRESPONDIENTE AL PERIODO OBJETO DE COBRO**			**$ 3.603.600**
FECHA DE INICIO CONTRATO	**2026/02/01**	**FECHA DE TERMINACIÓN CONTRATO:**			**2026/10/31**
PERIODO OBJETO DE COBRO:	**DEL 2026/09/01 AL 2026/09/30**				

JENNIFER ALEJANDRA GASCA OSORIO
PS_1276_2026_CC72C5

NOMBRE Y FIRMA DEL CONTRATISTA:
JENNIFER ALEJANDRA GASCA OSORIO
CC: 40670137
CEL: 3166992799

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			
JENNIFER ALEJANDRA GASCA OSORIO			
	CON C.C N°	**40.670.137**	
OBJETO DEL CONTRATO:	PRESTAR SERVICIOS COMO TERAPEUTA RESPIRATORIO PARA DESARROLLAR ACTIVIDADES EN LA DIRECCION DE SERVICIOS COMPLEMENTARIOS DE LA SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E.		
CONTRATO DE PRESTACION DE SERVICIOS PROFESIONALES No.	**PS 1276 2026**	**FECHA INICIO CONTRATO**	**2026/02/01**
VALOR INICIAL DEL CONTRATO	$ 14.894.880	**No. HORAS EJECUTADAS**	**180**
VALOR TOTAL DEL CONTRATO INCLUIDO ADICIONES:	$ 33.393.360	**VALOR DE HONORARIOS PERÍODO A CERTIFICAR:**	$ 3.603.600
PLAZO DEL CONTRATO INCLUYENDO PRORROGAS	NUEVE (9) MESES		
UNIDAD FUNCIONAL DE EJECUCIÓN DE ACTIVIDADES:	HOSPITAL MATERNO INFANTIL		
NOMBRE DEL SUPERVISOR:	ANGELA MARIA MENDOZA MESA		

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	Realice 115 sesiones de terapia respiratoria en servicio de uci neonatal.
2	Brinde atención personalizada y adaptada a las necesidades de los pacientes, cumplí con los protocolos y guias de atención para garantizar que la atención sea pertinente y efectiva, documente en la historia clínica todas las sesiones de terapia respiratoria de la atención brindada con reporte de lo hecho en la atención.
3	Conozco y cumplo con las politicas y procedimientos establecidos por la Centro Oriente, incluyendo los reglamentos administrativos, tecnicos, cientificos y disciplinarios, conozco y cumplo los roles y responsabilidades asignados de la estructura organica de la Subred Centro Oriente, ademas conozco y cumplo la vision y mision de la Subre Centro Oriente.
4	Realice 115 Terapias respiratorias, Gases arteriales 27 , inhaloterapias medicadas 4 . toma de muestras respiratorias 3 , reanimaciones cardiopulmonares 0 traslado pacientes crítico 6, cambios de fijaciones 102, registros de parámetros del ventilador 347 cambios de insumos 115, registros de gases arteriales 27, limpieza y desinfección de ventiladores y equipos 215, extubaciones programadas 0.
5	Entregué informe de producción mensual el los primeros 5 dias, entregue objetivos diligenciamiento de drives , formatos de evidencias requeridos e indicadores del sevicio uci neonatal los primeros 5 dias del mes.
6	Realicé registro completo y con calidad en la historia clinica de las 84 sesiones de terapia respiratoria que realice, en el aplicativo Dinámica Gerencial) con los parámetros establecidos en la resolución 1995 de 1999 y los definidos por la Subred Integrada de Servicios de Salud Centro Oriente.
7	Garantice la privacidad de la historia clínica del paciente.
8	socializacion nuevos formatos de evolucion. Capacitacion ventilador de transporte TV mindray. capacitacion; Eficiencia en filtracion Intersurgital.se asiste a capacitacion estrategia multimodal lavado de manos.
9	Diligencie formatos de desinfección, realice diligenciamiento de los paquetes de medidas registro de parámetros ventilatorios y gases arteriovenosos.
10	Cumpli con las normas de bioseguridad, lavado de manos, uso de elementos de protección personal, procesos de limpieza y desinfección de ventiladores y maquina de oxido nítrico
11	Asisti a la unidad Hospital materno infantil , según orden de mi supervisora de contrato cumpli con las horas estipuladas, y horarios correspondientes.

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 (2026-09-01) AL (2026-09-30)

IV. INFORMACIÓN DE APORTES A SEGURIDAD SOCIAL

No. DE PLANILLA:	N° 4663166626	OPERADOR:	SOI

CONCEPTO DEL PAGO	ENTIDAD	FECHA DE PAGO	VALOR PAGADO
SALUD:	SANITAS	2026/09/10	$ 218.900
PENSIÓN:	COLPENSIONES	2026/09/10	$ 280.200
RIESGOS LABORALES:	SURA	2026/09/10	$ 42.700
OTRO			
TOTAL PAGADO			$ 541.800

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	*JENNIFER ALEJANDRA GASCA OSORIO* *PS_1276_2026_CC72C5* **JENNIFER ALEJANDRA GASCA OSORIO** **CC: 40670137**
FIRMA DE QUIEN CONVALIDA EL CUMPLIMIENTO DE LAS OBLIGACIONES PARA EL PRESENTE PERIODO DE PAGO	*ANGELA MARIA MENDOZA MESA* *PS_1276_2026_CC72C5* **ANGELA MARIA MENDOZA MESA** **SUPERVISOR DEL CONTRATO**

PLANILLA INTEGRADA AUTOLIQUIDACIÓN APORTES

SOPORTE DE PAGO PARA EL COTIZANTE CC 40670137

DATOS GENERALES DEL APORTANTE

Nombre ó Razón Social	JENNIFER ALEJANDRA GASCA OSORIO		
Tipo Identificación	CÉDULA DE CIUDADANÍA	Número de Identificación	40670137
Ciudad/Municipio	BOGOTA DISTRITO CAPITAL	Departamento	BOGOTA - DISTRITO CAPITAL
Dirección	CRA 78F N 46B 11-SUR	Teléfono	3166992
Tipo Empresa	PRIVADA	Actividad Económica	Otros trabajos de edición.
Tipo Aportante	02-INDEPENDIENTE	Clase Aportante	I-INDEPENDIENTE
Forma Presentación	ÚNICO		
APORTANTE EXONERADO PAGO APORTES SALUD, SENA E ICBF (REFORMA TRIBUTARIA):			NO

DATOS GENERALES DE LA PLANILLA

Número Planilla	**4663166626**	Tipo de Planilla	I-INDEPENDIENTES
Periodo Cotización Otros	agosto / 2026	Periodo Cotización Salud	agosto / 2026
Dias de Mora	1	Fecha Pago	2026/09/10
Número Autorización	9998023586		

INFORMACIÓN BÁSICA

Nombres	JENNIFER ALEJANDRA	Apellidos	GASCA OSORIO
Tipo de Identificación	CC	Número de Identificación	40670137
Tipo cotizante	INDEPENDIENTE CONTRATO	Subtipo Cotizante	
Colombiano Temporalmente en el Exterior	NO	Extranjero no obligado a cotizar Pensión	NO
COTIZANTE EXONERADO PAGO APORTES SALUD, SENA E ICBF (REFORMA TRIBUTARIA) :			NO
Departamento	BOGOTA - DISTRITO CAPITAL	Municipio	BOGOTA DISTRITO CAPITAL
Salario Básico	$ 1.750.905	Tipo de Salario	

NOVEDADES

ING	RET	TDE	TAE	TDP	TAP	COR	VSP	VST	SLN	COM	IGE	LMA	VAC	AVP	VCT	IRP

APORTES REALIZADOS A SEGURIDAD SOCIAL

PENSIÓN			
Dias	30	Administradora	25-14 COLPENSIONES
Tarifa	16,000 %	IBC	$ 1.750.905
FSP - Solidaridad	$ 0	Cotización Obligatoria	$ 280.200
Aportes Voluntarios Empleador	$ 0	FSP - Subsistencia	$ 0
Indicadador tarifa especial	Normal	Aportes Voluntarios Cotizante	$ 0
		Total Aporte	**$ 280.200**

SALUD			
Dias	30	Administradora	EPS005-SANITAS S.A
Tarifa	12,500 %	IBC	$ 1.750.905
Nro Incapacidad por Enf. General		Cotización Obligatoria	$ 218.900
Nro Licencia de Maternidad		Valor	$ 0
Valor ADRES	$ 0	Valor	$ 0
		Total Aporte	**$ 218.900**

RIESGOS PROFESIONALES			
Dias	30	Administradora	14-11 - ARL SURA
Clase de Riesgo	III	IBC	$ 1.750.905
Centro de Trabajo	40670137	Tarifa	2,436 %
		Total Aporte	**$ 42.700**

TOTAL PAGADO:	**$ 541.800**

Planilla Pagada