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:	**YENI MILENA BECERRA ZABALA**			**CC:**	**52839198**
CORREO ELECTRÓNICO:	**JMILZA1981@GMAIL.COM**			**TELÉFONO:**	**3197522042**
DIRECCIÓN DOMICILIO:	**TV 70 G SUR 63 52 SUR TO 7 1304**			**CIUDAD:**	**BOGOTA**
BANCO AL CUAL CONSIGNAR:	**BANCO DAVIVIENDA S.A.**	**TIPO DE CUENTA:**	**AHORROS**	**N° CUENTA:**	**008480336687**
DATOS DEL CONTRATO O ADICION Y PERIODO OBJETO DE PAGO					
Nº DEL CONTRATO:	**PS 2105 2026**	**VALOR CORRESPONDIENTE AL PERIODO OBJETO DE COBRO**			**$ 2.694.450**
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**				

YENI MILENA BECERRA ZABALA
PS_2105_2026_8DBC82

NOMBRE Y FIRMA DEL CONTRATISTA:
YENI MILENA BECERRA ZABALA
CC: 52839198
CEL: 3197522042

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			
YENI MILENA BECERRA ZABALA			
	CON C.C N°	**52.839.198**	
OBJETO DEL CONTRATO:	PRESTAR SERVICIOS COMO AUXILIAR DE ENFERMERIA PARA DESARROLLAR ACTIVIDADES EN LA DIRECCION DE SERVICIOS AMBULATORIOS DE LA SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E.		
CONTRATO DE PRESTACION DE SERVICIOS PROFESIONALES No.	**PS 2105 2026**	**FECHA INICIO CONTRATO**	**2026/02/01**
VALOR INICIAL DEL CONTRATO	$ 9.411.600	**No. HORAS EJECUTADAS**	**213**
VALOR TOTAL DEL CONTRATO INCLUIDO ADICIONES:	$ 24.212.100	**VALOR DE HONORARIOS PERÍODO A CERTIFICAR:**	$ 2.694.450
PLAZO DEL CONTRATO INCLUYENDO PRORROGAS	NUEVE (9) MESES		
UNIDAD FUNCIONAL DE EJECUCIÓN DE ACTIVIDADES:	HOSPITAL LA VICTORIA		
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 o a necesidad del servicio, al centro de Acopio teniendo en cuenta, la disponibilidad y el consumo promedio mes.
2	Verificar la disponibilidad de Biológico e insumos para iniciar actividad, en caso de presentar alguna faltante se debe reportar oportunamente al área encargada
3	Al iniciar la jornada de actividades se debe manejar cadena de frio (revisar termómetros y termo higrómetros)
4	Realizar aseo recurrente dando cumplimiento al protocolo de limpieza y desinfección
5	Realizar registro diario de Temperatura en forma manual y magnética
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 inicio de la jornada (biológico, jeringas, algodón estéril, tapabocas etc.)
8	Cumplir con los protocolos establecidos para el ingreso a las áreas de mayor complejidad.
9	Realizar 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 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	Explicar el procedimiento a la madre, tipo de vacuna, posibles efectos secundarios y cuidados post- vacúnales.
15	Aplicar 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 del carné y las recomendaciones dadas a la madre. *Aplicativo PAI: Base de datos SDS (crear al usuario)
18	Entregar carné a la madre, dar recomendaciones pos vacúnales, explicar lugar y fecha de la próxima dosis
19	Realizar 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 enmendaduras, no utilizar corrector)
23	Informar al jefe inmediato las novedades que se presenten durante la jornada
24	Realizar 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	Realizar seguimiento a los niños recién nacidos de bajo peso para aplicación de la vacuna de BCG
28	Garantizar la aplicación de la Vacuna antirrábica realizando seguimiento de acuerdo al esquema establecido e informar semanalmente 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 biológico los fines de semana a jefe de sala de partos
33	Realizar arqueo y entrega de biológico 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 (2026-09-01) AL (2026-09-30)

IV. INFORMACIÓN DE APORTES A SEGURIDAD SOCIAL

No. DE PLANILLA:	N° 9510622494	OPERADOR:	APORTES EN LINEA

CONCEPTO DEL PAGO	ENTIDAD	FECHA DE PAGO	VALOR PAGADO
SALUD:	COMPENSAR	2026/09/10	$ 218.900
PENSIÓN:	COLFONDOS	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	*YENI MILENA BECERRA ZABALA* *PS_2105_2026_8DBC82* **YENI MILENA BECERRA ZABALA** **CC: 52839198**
FIRMA DE QUIEN CONVALIDA EL CUMPLIMIENTO DE LAS OBLIGACIONES PARA EL PRESENTE PERIODO DE PAGO	*DIANA ISABEL MORA MORALES* *PS_2105_2026_8DBC82* **DIANA ISABEL MORA MORALES** **SUPERVISOR DEL CONTRATO**

Resumen General de Pago

DATOS GENERALES DEL APORTANTE

Identificación	dv	Razon Social	Clase Aportante	Sucursal Principal	Direccion	Ciudad-Departamento	Teléfono	Exonerado SENA e ICBF
CC 52839198		BECERRA ZABALA JENNY MILENA	INDEPENDIENTE	PRINCIPAL	CR 72 Q 43 33	BOGOTA-BOGOTA D.E.	5634412	No

DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION

Periodo		Clave		Tipo	Fecha		Pago		
Pensión	Salud	Pago	Planilla	Planilla	Limite	Pago	Banco	Dias Mora	Valor
2026-08	2026-08	643346292	9510622494	I	2026/09/22	2026/09/10	BANCO DAVIVIENDA	0	$541,800

LIQUIDACION DETALLADA DE APORTES

EMPLEADO					PENSION		SALUD				CCF				RIESGOS				PARAFISCALES		
No.	Identificación	Nombres	Codigo	Días	IBC	Aporte	Codigo	Días	IBC	Aporte	Codigo	Días	IBC	Aporte	Codigo	Días	IBC	Aporte	Días	IBC	Aporte
Sucursal: PRINCIPAL (1 Afiliados)					$1,750,905	$280,200			$1,750,905	$218,900			$0	$0			$1,750,905	$42,700		$0	$0
Centro de Trabajo: PRINCIPAL (1 Afiliados)					$1,750,905	$280,200			$1,750,905	$218,900			$0	$0			$1,750,905	$42,700		$0	$0
Ciudad: BOGOTA Depto: BOGOTA D.E. (1 Afiliados)					$1,750,905	$280,200			$1,750,905	$218,900			$0	$0			$1,750,905	$42,700		$0	$0
1	CC 52839198	BECERRA YENI	231001	30	$1,750,905	$280,200	EPS008	30	$1,750,905	$218,900		0	$0	$0	14-11	30	$1,750,905	$42,700	0	$0	$0
Total	**Afiliados(1)**				$1,750,905	$280,200			$1,750,905	$218,900			$0	$0			$1,750,905	$42,700		$0	$0

aportes en línea

Resumen General de Pago

DATOS GENERALES DEL APORTANTE

Identificación	dv	Razon Social	Clase Aportante	Sucursal Principal	Direccion	Ciudad-Departamento	Teléfono	Exonerado SENA e ICBF
CC 52839198		BECERRA ZABALA JENNY MILENA	INDEPENDIENTE	PRINCIPAL	CR 72 Q 43 33	BOGOTA-BOGOTA D.E.	5634412	No

DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION

Periodo		Clave		Tipo	Fecha		Pago		
Pensión	Salud	Pago	Planilla	Planilla	Limite	Pago	Banco	Dias Mora	Valor
2026-08	2026-08	643346292	9510622494	I	2026/09/22	2026/09/10	BANCO DAVIVIENDA	0	$541,800

RESUMEN DE PAGO

RIESGO	CODIGO	NIT	DV	AFILIADOS	VALOR LIQUIDADO	INTERESES MORA	Fondo Solidaridad Pensional	Intereses de Mora Fondo Solidaridad	Fondo Subsistencia	Intereses de Mora Fondo Subsistencia	SALDOS E INCAPACIDADES	VAL
AFP (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$280,200	$0					$0	
COLFONDOS	231001	800,227,940	6	1	$280,200	$0	$0	$0	$0	$0	$0	
ARL (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$42,700	$0					$0	
ARL SURA	14-11	890,903,790	5	1	$42,700	$0	$0	$0	$0	$0	$0	
EPS (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$218,900	$0					$0	
COMPENSAR	EPS008	860,066,942	7	1	$218,900	$0	$0	$0	$0	$0	$0	
TOTAL				1	$541,800	$0	$0	$0	$0	$0	$0	

aportes en línea

Resumen General de Pago

LOR A PAGAR
$280,200
$280,200
$42,700
$42,700
$218,900
$218,900
$541,800