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 CUENTA DE COBRO CONTRATO DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS Y DE APOYO A LA GESTIÓN

CÓDIGO: AP-IA-FT-014
VERSIÓN: 5
FECHA: 2024-09-09

DATOS DEL CONTRATISTA						
FECHA DE DILIGENCIAMIENTO: (31-07-2025)						
NOMBRES Y APELLIDOS:	**YICET MILENA HERNANDEZ ARANGO**				**CC:**	**53007324**
CORREO ELECTRÓNICO:	**MILENAHERNANDEZ00@GMAIL.COM**				**TELÉFONO:**	**3107182563**
DIRECCIÓN DOMICILIO:	**CL 64# 28A 23**				**CIUDAD:**	**BOGOTA**
BANCO AL CUAL CONSIGNAR:	**BANCO CAJA SOCIAL**		**TIPO DE CUENTA:**	**AHORROS**	**N° CUENTA:**	**24141614577**
DATOS DEL CONTRATO O ADICION Y PERIODO OBJETO DE PAGO						
Nº DEL CONTRATO:	**PS 5557 2025**	**N° CDP:**	**1581**	**N°. RP:**	**17102**	**PLAZO DEL CONTRATO INCLUIDAS PRORROGAS: TRES (03) MESES**
FECHA DE INICIO CONTRATO	**2025/01/06**	**FECHA DE TERMINACIÓN CONTRATO:**		**2025/08/31**		
PERIODO OBJETO DE COBRO:	**DEL 2025/07/01 AL 2025/07/31**					
VALOR A PAGAR CORRESPONDIENTE AL PERIODO OBJETO DE COBRO						**$ 6.000.**

YICET MILENA HERNANDEZ ARANGO
PS_5557_2025_660AAB-2025-07-18 13:41:30

NOMBRE Y FIRMA DEL CONTRATISTA:
YICET MILENA HERNANDEZ ARANGO
CC: 53007324
CEL: 3107182563

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			
YICET MILENA HERNANDEZ ARANGO			
	CON C.C N°	**53.007.324**	
OBJETO DEL CONTRATO:	PRESTAR SERVICIOS PROFESIONALES COMO ENFERMERO (A) PARA DESARROLLAR ACTIVIDADES EN LA DIRECCI?N DE SERVICIOS AMBULATORIOS DE LA SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS EN SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E. - CONVENIO EBS DE MINISTERIO DE SALUD Y PROTECCION SOCIAL SEG?N RESOLUCION 149 26-08-2024		
CONTRATO DE PRESTACION DE SERVICIOS PROFESIONALES No.	**PS 5557 2025**	**FECHA INICIO CONTRATO**	**2025/01/06**
VALOR INICIAL DEL CONTRATO	$ 18.000.168	**No. HORAS EJECUTADAS**	**184**
VALOR TOTAL DEL CONTRATO INCLUIDO ADICIONES:	$ 18.000.168	**VALOR DE HONORARIOS PERÍODO A CERTIFICAR:**	$ 6.000.0
PLAZO DEL CONTRATO INCLUYENDO PRORROGAS	TRES (03) MESES		
UNIDAD FUNCIONAL DE EJECUCIÓN DE ACTIVIDADES:	HOSPITAL SANTA CLARA		
NOMBRE DEL SUPERVISOR:	BERTHA SOFIA DIAZ QUEVEDO		

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	1. IDENTIFICAR Y POTENCIAR CAPACIDADES, HABILIDADES Y PRÁCTICAS PARA PROMOVER EL CUIDADO DE LA SALU 2.CUANDO SE REQUIERA COMUNICACIÓN TELEFÓNICAMENTE CON ESPECIALISTAS DE LA SUBRED, QUIENES REALIZARA UNA TELEASISTENCIA PARA FORTALECER LA RESOLUTIVIDAD DE LOS PROFESIONALES EN CAMPO. 3. ESTABLECER PRIORIDAD DE LA FAMILIA: ALTA, MEDIA O BAJA, SEGÚN LAS CONDICIONES CLÍNICAS DE CADA UNO DE L INTEGRANTES. 4.ASISTIR A LOS COMITES DE SALUD. 5.REALIZAR DEMAS ACTIVIDADES RELACIONADAS CON EL OBJE CONTRACTUAL QUE ASIGNE EL SUPERVISORDL CONTRATO BAJO EL CONVENIODE EBS DE MINISTERIO DE SALUD PROTECCION SOCIAL SEGUN RESOLUCION 1499 26-08-2024.

III. VERIFICACION DE ACTIVIDADES DESARROLLADAS

SE VERIFICA QUE QUE HA CUMPLIDO CON LAS ACTIVIDADES ASIGNADAS DURANTE EL MES O PERIODO LABORADO Y SE APRUEBA PA 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 (2025-07-01) AL (2025-07-31)

IV. INFORMACIÓN DE APORTES A SEGURIDAD SOCIAL			
No. DE PLANILLA:	N° 88169977	OPERADOR:	MI PLANILLA

CONCEPTO DEL PAGO	ENTIDAD	FECHA DE PAGO	VALOR PAGADO
SALUD:	COMPENSAR	2025/07/14	$ 198.915
PENSIÓN:	COLPENSIONES	2025/07/14	$ 254.612
RIESGOS LABORALES:	POSITIVA	2025/07/14	$ 38.765
OTRO			
TOTAL PAGADO			$ 492.292

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, 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	*YICET MILENA HERNANDEZ ARANGO* *PS_5557_2025_660AAB-2025-07-18 13:41:30* **YICET MILENA HERNANDEZ ARANGO** **CC: 53007324**
FIRMA DE QUIEN CONVALIDA EL CUMPLIMIENTO DE LAS OBLIGACIONES PARA EL PRESENTE PERIODO DE PAGO	*BERTHA SOFIA DIAZ QUEVEDO* *PS_5557_2025_660AAB-2025-07-18 20:08:40* **BERTHA SOFIA DIAZ QUEVEDO** **SUPERVISOR DEL CONTRATO**

compensar | miplanilla.com

CERTIFICADO DE APORTES AL SISTEMA DE PROTECCIÓN SOCIAL

La empresa **YICET MILENA HERNANDEZ ARANGO**, identificada con **CC** número **53007324**, aportó por **YICET MILENA HERNANDEZ ARANGO** identificado(a) con **CC** número **53007324** quien se encuentra registrado(a) a la fecha por concepto de aportes obligatorios al sistema General de Seguridad Social mediante la Planilla Integrada de Liquidación de aportes, para el periodo de pensión de 2025-6 de la siguiente forma.

CODIGO	NOMBRE ADMINISTRADORA	COTIZANTE	ING	RET	TDE	TAE	TDP	TAP	VSP	VST	SLN	IGE	LMA	VAC	AVP	VCT	IRP	CORRECIÓN	DÍAS	IBC	TARIFA APORTE	COTIZACIÓN Y/O APORTE	FSP SOLIDARIDAD	FSP SUBSISTENCIA	PERIODO	NÚMERO DE PLANILLA	FECHA DE PAGO	EXONERADO
EPS008	Compensar EPS	59							X								0		30	$1,560,000	0.12500	$195,000	$0	$0	Junio - 2025	88169977	14/07/2025	No
25-14	Administradora Colombiana de Pensiones - Colpensiones	59							X								0		30	$1,560,000	0.16000	$249,600	$0	$0	Junio - 2025	88169977	14/07/2025	No
14-23	POSITIVA COMPANIA DE SEGUROS	59							X								0		30	$1,560,000	0.02436	$38,100	$0	$0	Junio - 2025	88169977	14/07/2025	No

PAGADA

El presente certificado se expide a los **13** días del mes **July** de **2025**

Este documento está clasificado como privado por parte de Compensar Operador de Información.

icontec ISO 9001 CO-SC5852-16
icontec ISO / IEC 27001 CO-SI006-1