

**DATOS GENERALES DEL APORTANTE**

|   |   |                           |                           |
|---|---|---------------------------|---------------------------|
| TIPO IDENTIFICACIÓN:  | CÉDULA DE CIUDADANÍA                      | NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN: | 1032408110                |
| NOMBRE Ó RAZÓN SOCIAL:  | YURI TATIANA UNIGARRO PACHON              |                           |                           |
| CIUDAD/MUNICIPIO:   | BOGOTA DISTRITO CAPITAL                   | DEPARTAMENTO:             | BOGOTA - DISTRITO CAPITAL |
| DIRECCIÓN:  | CALLE 57 C SUR #81 D 01 TELÉFONO: 9999999 |                           |                           |
| TIPO APORTANTE:   | 02-INDEPENDIENTE                          | CLASE APORTANTE:          | I-INDEPENDIENTE           |
| TIPO EMPRESA:   | PRIVADA                                   | ACTIVIDAD ECONOMICA:      | Comercio al por mayor de  |
| FORMA DE PRESENTACIÓN:  | ÚNICO                                     |                           |                           |
| APORTANTE EXONERADO PAGO APORTES SALUD, SENA E ICBF (REFORMA TRIBUTARIA): | NO  |                           |                           |

**DATOS GENERALES DE LA PLANILLA**

|                          |                   |                      |                  |
|--------------------------|-------------------|----------------------|------------------|
| NÚMERO PLANILLA:         | <b>7982947140</b> | TIPO DE PLANILLA:    | I-INDEPENDIENTES |
| PERIODO COTIZACIÓN:      | MES: agosto       | PERIODO COTIZACIÓN:  | MES: agosto      |
| OTROS SUBSISTEMAS:       | AÑO: 2025         | SALUD:               | AÑO: 2025        |
| DÍAS DE MORA:            | 8                 |                      |                  |
| FECHA PAGO (aaaa/mm/dd): | 2025/09/11        | NÚMERO AUTORIZACIÓN: | 1768890990       |

**NOVEDADES**

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

**LIQUIDACIÓN GENERAL**

|                              |        |                    | TOTALES    |                   |
|------------------------------|--------|--------------------|------------|-------------------|
|                              |        |                    | COTIZANTES | TOTAL PAGADO      |
| <b>PENSIÓN</b>               |        |                    |            |                   |
| ADMINISTRADORA               |        |                    |            |                   |
| NIT                          | CÓDIGO | NOMBRE             |            |                   |
| 8002248088                   | 230301 | 230301-PORVENIR    | 1          | \$ 229.000        |
| <b>SUBTOTAL:</b>             |        |                    | <b>1</b>   | <b>\$ 229.000</b> |
| <b>SALUD</b>                 |        |                    |            |                   |
| ADMINISTRADORA               |        |                    |            |                   |
| NIT                          | CÓDIGO | NOMBRE             |            |                   |
| 8001309074                   | EPS002 | EPS002-SALUD TOTAL | 1          | \$ 178.900        |
| <b>SUBTOTAL:</b>             |        |                    | <b>1</b>   | <b>\$ 178.900</b> |
| <b>RIESGOS PROFESIONALES</b> |        |                    |            |                   |
| ADMINISTRADORA               |        |                    |            |                   |
| NIT                          | CÓDIGO | NOMBRE             |            |                   |
| 8909037905                   | 14-11  | 14-11 - ARL SURA   | 1          | \$ 34.900         |
| <b>SUBTOTAL:</b>             |        |                    | <b>1</b>   | <b>\$ 34.900</b>  |

|                        |                   |
|------------------------|-------------------|
| <b>VALOR SIN MORA:</b> | <b>\$ 440.500</b> |
| <b>VALOR MORA:</b>     | <b>\$ 2.300</b>   |
| <b>TOTAL PAGADO:</b>   | <b>\$ 442.800</b> |

DATOS DEL CONTRATISTA

FECHA DE DILIGENCIAMIENTO: (30-09-2025)

|                          |                              |                 |         |            |            |
|--------------------------|------------------------------|-----------------|---------|------------|------------|
| NOMBRES Y APELLIDOS:     | YURI TATIANA UNIGARRO PACHON |                 |         | CC:        | 1032408110 |
| CORREO ELECTRÓNICO:      | TUNIGARR@HOTMAIL.COM         |                 |         | TELÉFONO:  | 3219790957 |
| DIRECCIÓN DOMICILIO:     | CL 57C SUR 81D 01            |                 |         | CIUDAD:    | BOGOTA     |
| BANCO AL CUAL CONSIGNAR: | BANCO AV VILLAS              | TIPO DE CUENTA: | AHORROS | N° CUENTA: | 074965927  |

DATOS DEL CONTRATO O ADICION Y PERIODO OBJETO DE PAGO

|  |                              |                                |            |         |   |  |
|--|------------------------------|--------------------------------|------------|---------|---|--|
| N° DEL CONTRATO:   | PS 5202 2025                 | N° CDP:                        | 2519       | N°. RP: | 0 | PLAZO DEL CONTRATO INCLUIDAS<br>PRORROGAS: SIETE (7) MESES |
| FECHA DE INICIO CONTRATO                                       | 2025/04/03                   | FECHA DE TERMINACIÓN CONTRATO: | 2025/10/31 |         |   |  |
| PERIODO OBJETO DE COBRO:                                       | DEL 2025/09/01 AL 2025/09/30 |                                |            |         |   |  |
| VALOR A PAGAR<br>CORRESPONDIENTE AL PERIODO<br>OBJETO DE COBRO |                              |                                |            |         |   | \$ 2.248.260   |



YURI TATIANA UNIGARRO PACHON  
PS\_5202\_2025\_AFABC8

NOMBRE Y FIRMA DEL CONTRATISTA:

YURI TATIANA UNIGARRO PACHON

CC: 1032408110

CEL: 3219790957

**CELEBRADO ENTRE LA SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E Y**

**YURI TATIANA UNIGARRO PACHON**

**CON C.C N°**

**1.032.408.110**

|                             |  |
|-----------------------------|--|
| <b>OBJETO DEL CONTRATO:</b> | PRESTAR SERVICIOS TECNICOS COMO AUXILIAR DE ENFERMERIA (REFERENCIA) PARA DESARROLLAR ACTIVIDADES EN LA DIRECCI?N DE URGENCIAS DE LA SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E. |
|-----------------------------|--|

|  |                     |                              |                   |
|--|---------------------|------------------------------|-------------------|
| <b>CONTRATO DE PRESTACION DE SERVICIOS PROFESIONALES No.</b> | <b>PS 5202 2025</b> | <b>FECHA INICIO CONTRATO</b> | <b>2025/04/03</b> |
|--|---------------------|------------------------------|-------------------|

|                                   |              |                             |            |
|-----------------------------------|--------------|-----------------------------|------------|
| <b>VALOR INICIAL DEL CONTRATO</b> | \$ 2.493.120 | <b>No. HORAS EJECUTADAS</b> | <b>202</b> |
|-----------------------------------|--------------|-----------------------------|------------|

|   |               |  |              |
|---|---------------|--|--------------|
| <b>VALOR TOTAL DEL CONTRATO INCLUIDO ADICIONES:</b> | \$ 13.445.040 | <b>VALOR DE HONORARIOS PERÍODO A CERTIFICAR:</b> | \$ 2.248.260 |
|---|---------------|--|--------------|

|  |                 |
|--|-----------------|
| <b>PLAZO DEL CONTRATO INCLUYENDO PRORROGAS</b> | SIETE (7) MESES |
|--|-----------------|

|  |                   |
|--|-------------------|
| <b>UNIDAD FUNCIONAL DE EJECUCIÓN DE ACTIVIDADES:</b> | HOSPITAL SAN BLAS |
|--|-------------------|

|                               |                              |
|-------------------------------|------------------------------|
| <b>NOMBRE DEL SUPERVISOR:</b> | JOHON JAIRO RODRIGUEZ APONTE |
|-------------------------------|------------------------------|

|             |  |
|-------------|--|
| <b>ITEM</b> | <b>II. ACTIVIDADES REALIZADAS EN EL PERIODO, DE ACUERDO CON EL OBJETO Y LAS OBLIGACIONES ESTABLECIDAS EN EL CONTRATO</b><br>(Deben ser coherentes con las obligaciones específicas del contrato realizadas durante el mes) |
|-------------|--|

|    |  |
|----|--|
| 1  | Realice la entrega de turno con registros como estrategia para fortalecer la transición segura de las ordenes de servicios radicadas e informadas o sus pendientes (libro radicador) aplicativo SIRC y/o plataforma Excel  |
| 2  | Facilite de acuerdo con las listas de chequeo establecidas la articulación con los diferentes actores de la Subred Integrada De Servicios De Salud Centro Oriente E.S.E. de acuerdo con los niveles de atención y grados de complejidad, buscando racionalizar los recursos para hacer eficientes los servicios.                             |
| 3  | Direccione las ambulancias con la tipología requerida (TAB-TAM) por vía telefónica o por frecuencia de radio en caso de contingencia usar teléfono institucional, comunicando sobre el servicio requerido, unidad de origen hora lugar de la cita y registrar todas las horas correspondientes al traslado.                                  |
| 4  | conoci el portafolio de servicios y cumplí la política de seguridad del paciente, reporte evento adverso e incidentes datos que servirán para formula acciones de mejoramiento o planes de mejoramiento  |
| 5  | Utilice el teléfono institucional para tramites dentro de la SISSCO, propender por el adecuado uso y tener cargado el equipo todo el tiempo, contenidas en el formato de necesidad de personal que hace parte integral del presente contrato contenidas en el formato de necesidad de personal que hace parte integral del presente contrato |
| 6  | Revise el correo institucional las veces que fuese necesario con el objetivo de encontrar información, autorizaciones, provenientes de los diferentes actores que participan en el SGSSS   |
| 7  | Cumplí las guías, procedimientos y demás documentos que apoyan el proceso de referencia y contra referencia en la Subred Integrada de Servicios De Salud Centro Oriente E.S.E.   |
| 8  | Recibí en la plataforma del software SIRC las solicitudes de los diferentes hospitales y centros de salud de la subred centro oriente  |
| 9  | Articule las solicitudes de las unidades que componen la SISSCO y otras IPS externas de manera eficaz, eficiente, oportuna y coordinada  |
| 10 | Realice seguimiento a las solicitudes de traslados, referencias e interconsultas o apoyo diagnostico o terapéutico de índole hospitalario  |
| 11 | Solicite los documentos necesarios para los traslados  |
| 12 | Priorice los despachos de urgencias vitales de acuerdo con el cuadro clínico o diagnóstico, como criterio especial de traslado no requiere aceptación  |
| 13 | Comente los pacientes en trámite de remisión de las diversas IPS, erp y entes de control a nivel nacional con el líder de gobierno clínico o quien determine la especialidad solicitada para posible aceptación o negación. la respuesta generada por el equipo asistencial debe quedar en registrada en el aplicativo SIRC                  |
| 14 | Las bitácoras de los pacientes comentados a la SISSCO, deben ser culminadas en el aplicativo SIRC en menos de 24 horas.  |
| 15 | Realice la notificación del inicio y culminación de actividades a la persona encargada del proceso de referencia por los medios de comunicación establecidos   |
| 16 | recibí y entregue las novedades del subproceso asignado de acuerdo a lo acordado con el supervisor y de conformidad al objeto misional de la   |
| 17 | conoci y cumplí con las recomendaciones que la ARL y/o área de seguridad y salud en el trabajo recomienden con ocasión a la realización de su actividad contractual que lo clasifiqué como riesgo 4 o 5. contenidas en el formato de necesidad de personal que hace parte integral del presente contrato.                                    |
| 18 | Asistí y participe en las capacitaciones, socializaciones, espacios tecnico-cientificos que se programen desde la entidad  |
| 19 | Utilice un vestuario acorde a sus actividades contractuales, ya sea, uniforme o un vestuario orientado a su actividad y desempeño  |
| 20 | Cumplí con las actividades descritas en el manual de referencia de la SISSCO   |

|    |  |
|----|--|
| 21 | Realice las demás actividades afines al cargo que  |
| 22 | Facilite y direcciona los traslados de pacientes entre unidades hospitalarias e instituciones distritales o nacionales que componen la red prestadora de servicios de salud, de acuerdo con las condiciones clínicas y administrativas de cada |

### III. VERIFICACION DE ACTIVIDADES DESARROLLADAS

**SE VERIFICA 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 (2025-09-01) AL (2025-09-30)

### IV. INFORMACIÓN DE APORTES A SEGURIDAD SOCIAL

|                    |               |               |              |
|--------------------|---------------|---------------|--------------|
| No. DE PLANILLA:   | N° 7982947140 | OPERADOR:     | SOI          |
| CONCEPTO DEL PAGO  | ENTIDAD       | FECHA DE PAGO | VALOR PAGADO |
| SALUD:             | SALUD TOTAL   | 2025/09/11    | \$ 178.900   |
| PENSIÓN:           | PORVENIR      | 2025/09/11    | \$ 229.000   |
| RIESGOS LABORALES: | SURA          | 2025/09/11    | \$ 34.900    |
| OTRO               |               |               |              |
| TOTAL PAGADO       |               |               | \$ 442.800   |

### 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 ningún caso el IBC sea menor a 1 SMMLV ( de ser el primer pago adjunto certificaciones de afiliacion a eps, arl, pensión, 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

|  |   |
|--|---|
| <b>NOMBRE Y FIRMA DEL CONTRATISTA</b>  | <br>YURI TATIANA UNIGARRO PACHON<br>PS_5202_2025_AFABC8<br><hr/> <b>YURI TATIANA UNIGARRO PACHON</b><br><b>CC: 1032408110</b>          |
| <b>FIRMA DE QUIEN CONVALIDA EL CUMPLIMIENTO DE LAS OBLIGACIONES PARA EL PRESENTE PERIODO DE PAGO</b> | <br>JOHON JAIRO RODRIGUEZ APONTE<br>PS_5202_2025_AFABC8<br><hr/> <b>JOHON JAIRO RODRIGUEZ APONTE</b><br><b>SUPERVISOR DEL CONTRATO</b> |