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: (31-10-2025)					
NOMBRES Y APELLIDOS:	**EMPERATRIZ LARA GUERRA**			**CC:**	**32769706**
CORREO ELECTRÓNICO:	**ANDREALAR@HOTMAIL.COM**			**TELÉFONO:**	**3246814542**
DIRECCIÓN DOMICILIO:	**CARRERA 7F 147-18 APT 305**			**CIUDAD:**	**BOGOTA**
BANCO AL CUAL CONSIGNAR:	**BANCO DAVIVIENDA S.A.**	**TIPO DE CUENTA:**	**AHORROS**	**N° CUENTA:**	**002100113899**
DATOS DEL CONTRATO O ADICION Y PERIODO OBJETO DE PAGO					
Nº DEL CONTRATO:	**PS 5269 2025**	**VALOR CORRESPONDIENTE AL PERIODO OBJETO DE COBRO**			**$ 6.637.500**
FECHA DE INICIO CONTRATO	**2025/04/29**	**FECHA DE TERMINACIÓN CONTRATO:**			**2025/10/31**
PERIODO OBJETO DE COBRO:	**DEL 2025/10/01 AL 2025/10/31**				

EMPERATRIZ LARA GUERRA
PS_5269_2025_A809DE

NOMBRE Y FIRMA DEL CONTRATISTA:
EMPERATRIZ LARA GUERRA
CC: 32769706
CEL: 3246814542

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 EMPERATRIZ LARA GUERRA			
	CON C.C N°	**32.769.706**	
OBJETO DEL CONTRATO:	PRESTAR SERVICIOS PROFESIONALES COMO MEDICO GENERAL PARA TRASLADOS SEGUNDARIOS EN AMBULANCIA MEDICALIZADA PARA DESARROLLAR ACTIVIDADES EN LA DIRECCION DE URGENCIAS DE LA SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E		
CONTRATO DE PRESTACION DE SERVICIOS PROFESIONALES No.	**PS 5269 2025**	**FECHA INICIO CONTRATO**	**2025/04/29**
VALOR INICIAL DEL CONTRATO	$ 14.880.000	**No. HORAS EJECUTADAS**	**177**
VALOR TOTAL DEL CONTRATO INCLUIDO ADICIONES:	$ 41.662.500	**VALOR DE HONORARIOS PERÍODO A CERTIFICAR:**	$ 6.637.500
PLAZO DEL CONTRATO INCLUYENDO PRORROGAS	SIETE (7) MESES		
UNIDAD FUNCIONAL DE EJECUCIÓN DE ACTIVIDADES:	HOSPITAL SAN BLAS		
NOMBRE DEL SUPERVISOR:	JOHON JAIRO RODRIGUEZ APONTE		

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	.Reporté los eventos de notificación obligatoria con la oportunidad establecida en la normatividad vigente
2	.Apoyé a la entidad en las actividades que demande según requerimientos interinstitucionales y extra institucionales, de acuerdo a la naturaleza contractual
3	.Realicé resúmenes de historia clínica u otros documentos asistenciales o administrativos.
4	.Realicé seguimiento de inventario y diligenciamiento del formato mi-ur-ft-033 ambulancia medicalizada, los 7 primeros días de cada mes
5	.Apoyé el cumplimiento de las normas del sistema obligatorio de garantía de la calidad según requerimientos de la normatividad vigente.
6	.Mantuvé al día los medicamentos de control y solicite el cambio por próximos a vencer.
7	.Verifiqué antes de comenzar el turno el estado de los equipos biomédicos que hacen parte de las ambulancias e informe de las novedades presentadas.
8	.Impartí instrucciones a la tripulación de la ambulancia designada sobre los procedimientos a realizar al paciente durante el traslado
9	.Apoyé en la respuestas a quejas o requerimientos oportunamente.
10	.Cumplí con la programación para el desarrollo de las actividades de los servicios, cumpliendo con las directrices establecidas por la institución.
11	.Cumplí con las exigencias legales y éticas para el manejo adecuado de la historia clínica
12	.Realicé la recepción y entrega del paciente al profesional de enfermería y al profesional medico de la unidad receptora y recibir de parte del medico de la unidad remitente.
13	Participé en las diferentes reuniones, comités, relacionados con asuntos tanto del área de medicina como de los diferentes procesos.
14	.Conocí y cumplí con la política de seguridad del paciente, reporte los evento adversos e incidentes y acciones de mejora
15	.Utilicé el teléfono institucional para tramites de despacho y reporte dando un buen uso.
16	.Cumplí con la respectiva afiliación a la al en relación al riego 4.
17	.Asistí y participe en las capacitaciones, socializaciones que se programaron por el supervisor
18	.Cumplí con la aplicación de protocolos distritales de respuesta a emergencias y cadena de custodia
19	.Realicé las actividades y procedimientos diagnosticos y terapéuticos señalados para el manejo de patologías establecidos dentro del plan de atención.
20	.Llevé registro de la atención de los procedimientos, actividades e intervenciones, que surgieron durante el traslado.
21	.Diligencié el consentimiento informado acorde con la atención brindada.
22	.Informé al paciente y su familia sobre el traslado a realizar y sus posibles consecuencias al momento de realizar dicho traslado.
23	.Participé activamente en el programa de seguridad del paciente incentivando la cultura del reporte, realizando seguimiento a los eventos adversos, ideando planes de mejoramiento y logrando disminución en los mismos.
24	.Cumplí con los procedimientos, guías, manuales, protocolos relacionados con la atención segura de pacientes
25	.Realicé el seguimiento diario de medicamentos de control y reporte las novedades.
26	.Utilicé un vestuario acorde a las actividades contractuales.
27	.Realicé la notificación del inicio y culminación de actividades a la persona encargada del proceso de referencia por los medios de comunicación.
28	.No recibí y entregue las novedades y el vehículo asignado para cumplir las obligaciones contractuales.
29	.Realicé las actividades dirigidas por el supervisor del contrato
30	.Promoví las normas de bioseguridad, salud ocupacional, gestión ambiental y calidad en los servicios asignados

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 (2025-10-01) AL (2025-10-31)

IV. INFORMACIÓN DE APORTES A SEGURIDAD SOCIAL

No. DE PLANILLA:	N° 89917608	OPERADOR:	MI PLANILLA

CONCEPTO DEL PAGO	ENTIDAD	FECHA DE PAGO	VALOR PAGADO
SALUD:	COMPENSAR	2025/10/10	$ 363.900
PENSIÓN:	COLPENSIONES	2025/10/10	$ 465.800
RIESGOS LABORALES:	SURA	2025/10/10	$ 0
OTRO			
TOTAL PAGADO			$ 829.700

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	*EMPERATRIZ LARA GUERRA* *PS_5269_2025_A809DE* **EMPERATRIZ LARA GUERRA** **CC: 32769706**
FIRMA DE QUIEN CONVALIDA EL CUMPLIMIENTO DE LAS OBLIGACIONES PARA EL PRESENTE PERIODO DE PAGO	*JOHON JAIRO RODRIGUEZ APONTE* *PS_5269_2025_A809DE* **JOHON JAIRO RODRIGUEZ APONTE** **SUPERVISOR DEL CONTRATO**

compensar | miplanilla.com

PLANILLA INTEGRADA DE AUTOLIQUIDACION DE APORTES

DATOS DEL APORTANTE						
TIPO	NÚMERO	NOMBRE APORTANTE	DIRECCIÓN	TELÉFONO	CORREO	EXONERADO PAGO PARAFISCALES Y SALUD
CC	32769706	EMPERATRIZ LARA GUERRA	Cra 1a 65 25 torre B apto 204	3246814542	ANDREALAR@HOTMAIL.COM	
FORMA PRESENTACIÓN	CLASE APORTANTE	NOMBRE SUCURSAL / CÓDIGO	DEPARTAMENTO	CIUDAD / MUNICIPIO		
ÚNICA	I – Independiente		BOGOTÁ D. C.	BOGOTÁ, D.C.		NO

DATOS DE LA PLANILLA						
PLANILLA ASOCIADA	FECHA PAGO ASOCIADA (DIA/MES/AÑO)	TIPO PLANILLA	FECHA PAGO (DIA/MES/AÑO)	NÚMERO PLANILLA	CANTIDAD	
					EMPLEADOS	UPC
					1	0
PERIODO SALUD	PERIODO PENSIONES				TOTAL A PAGAR	
2025-09	2025-09	I	10/10/2025	89917608	$900.700	

TOTALES POR SUBSISTEMAS

TOTALES SALUD

Código EPS	Nombre	NIT	Cotización Obligatoria	UPC Adicional	Incapacidades		Licencia Maternidad		Días Mora	Valor Mora Cotización	Valor Mora UPC	Total a Pagar	No. Afiliados
					No. Autorización	Valor	No. Autorización	Valor					
EPS008	Compensar EPS	860066942-7	362.100	0		0		0	8	1.800	0	363.900	1

TOTALES PENSIÓN

Código AFP	Nombre	NIT	Cotización Obligatoria	Aporte Voluntario Afiliado	Aporte Voluntario Aportante	Aporte FSP - Solidaridad	Aporte FSP - Subsistencia	Días Mora	Valor Mora Cotización	Valor Mora FSP	Total a Pagar	No. Afiliados
25-14	Colpensiones	900336004-7	463.500	0	0	0	0	8	2.300	0	465.800	1

TOTALES RIESGOS LABORALES

Código ARL	Nombre	NIT	Cotización Obligatoria	Incapacidades		Aportes Otros Sistemas	Valor Neto Cotización	Días Mora	Valor Mora Cotización	Subtotal Cotización	No. Radicado Saldo a Favor	Valor Saldo a Favor	Fondo Solidaridad	Total a Pagar	No. Afiliados
				No. Autorización	Valor										
14-11	ARL SURA	890903790-5	70.600				70.600	8	400	71.000			706	71.000	1

TOTALES CAJAS

Código CCF	Nombre	NIT	Valor Aporte	Días Mora	Valor Mora Aporte	Total a Pagar	No. Afiliados

TOTALES PARAFISCALES

Valor Aporte	Días Mora	Valor Mora Aporte	Total a Pagar	No. Afiliados
SENA				
0	8	0	0	0
ICBF				
0	8	0	0	0
ESAP				
MEN				

TOTALES POR SUBSISTEMA

Tipo Administradora	No. Administradoras Reportadas	Valor antes de IGE, LMA, IRP y Mora	Total a Pagar
Salud	1	362.100	363.900
Pensión	1	463.500	465.800
Riesgos Laborales	1	70.600	71.000
CCF	0	0	0
ESAP	0	0	0
ICBF	0	0	0
MEN	0	0	0
SENA	0	0	0
TOTALES	3	896.200	900.700

PAGADA

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

compensar | miplanilla.com

PLANILLA INTEGRADA DE AUTOLIQUIDACION DE APORTES

DATOS DEL APORTANTE						
TIPO	NÚMERO	NOMBRE APORTANTE	DIRECCIÓN	TELÉFONO	CORREO	EXONERADO PAGO PARAFISCALES Y SALUD
CC	32769706	EMPERATRIZ LARA GUERRA	Cra 1a 65 25 torre B apto 204	3246814542	ANDREALAR@HOTMAIL.COM	
FORMA PRESENTACIÓN	CLASE APORTANTE	NOMBRE SUCURSAL / CÓDIGO	DEPARTAMENTO	CIUDAD / MUNICIPIO		
ÚNICA	I – Independiente		BOGOTÁ D. C.	BOGOTÁ, D.C.		NO

DATOS DE LA PLANILLA						
PLANILLA ASOCIADA	FECHA PAGO ASOCIADA (DIA/MES/AÑO)	TIPO PLANILLA	FECHA PAGO (DIA/MES/AÑO)	NÚMERO PLANILLA	CANTIDAD	
					EMPLEADOS	UPC
					1	0
PERIODO SALUD	PERIODO PENSIONES				TOTAL A PAGAR	
2025-09	2025-09	I	10/10/2025	89917608	$900.700	

DETALLE POR COTIZANTE

INFORMACIÓN COTIZANTE									INFORMACIÓN NOVEDADES																		PENSIÓN							SALUD			RIESGOS LABORALES				CCF			PARAFISCALES				
No.	Tipo	No. de Identificación	Apellidos y Nombres	Cotizante	Subtipo	Extranjero	Colom. exterior	Estornado	ING	RET	TDE	TAE	TDP	TAP	VSP	VST	SLN	IGE	LMA	VAC	AVP	VCT	IRL	CORRECCIÓN	Cód. AFP	IBC AFP	Cotización	Voluntario Afiliado	Voluntario Aportante	Fondo pensional de solidaridad	Fondo pensional de subsistencia	Cód. EPS	IBC EPS	Cotización / Valor UPC	Cód. ARL	IBC ARL	Clase de Riesgo	Cotización	Código CCF	IBC CCF	Aporte CCF	IBC otros parafiscales	Aporte SENA	Aporte ICBF	Aporte ESAP	Aporte MEN
1	CC	32769706	LARA GUERRA EMPERATRIZ	59	0			N																	25-14	2.896.704	463.500	0	0	0	0	EPS008	2.896.704	362.100	14-11	2.896.704	3	70.600		0	0	0	0	0	0	0	0

PAGADA

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