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:	**JOSE DANIEL BALLONA PIRAGUA**			**CC:**	**1019021852**
CORREO ELECTRÓNICO:	**DANIELBAYONA128@GMAIL.COM**			**TELÉFONO:**	**1111111111**
DIRECCIÓN DOMICILIO:	**CR 92 N°8C-36 APTO 1114**			**CIUDAD:**	**BOGOTA**
BANCO AL CUAL CONSIGNAR:	**BANCOLOMBIA S.A.**	**TIPO DE CUENTA:**	**AHORROS**	**N° CUENTA:**	**18028350291**

DATOS DEL CONTRATO O ADICION Y PERIODO OBJETO DE PAGO						
Nº DEL CONTRATO:	**PS 2442 2025**	**N° CDP:**	**1795**	**N°. RP:**	**0**	**PLAZO DEL CONTRATO INCLUIDAS PRORROGAS: OCHO (8) MESES**
FECHA DE INICIO CONTRATO	**2025/01/01**	**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	**$ 3.798.492**					

JOSE DANIEL BALLONA PIRAGUA
PS_2442_2025_31D13E-2025-07-15 17:16:25

NOMBRE Y FIRMA DEL CONTRATISTA:
JOSE DANIEL BALLONA PIRAGUA
CC: 1019021852
CEL: 1111111111

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			
JOSE DANIEL BALLONA PIRAGUA			
	CON C.C N°	**1.019.021.852**	
OBJETO DEL CONTRATO:	PRESTAR SERVICIOS PROFESIONALES COMO ENFERMERO (A) PARA DESARROLLAR ACTIVIDADES EN LA DIRECCION DE SERVICIOS HOSPITALARIOS DE LA SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E.		
CONTRATO DE PRESTACION DE SERVICIOS PROFESIONALES No.	**PS 2442 2025**	**FECHA INICIO CONTRATO**	**2025/01/01**
VALOR INICIAL DEL CONTRATO	$ 15.684.096	**No. HORAS EJECUTADAS**	**186**
VALOR TOTAL DEL CONTRATO INCLUIDO ADICIONES:	$ 30.592.156	**VALOR DE HONORARIOS PERÍODO A CERTIFICAR:**	$ 3.798.492
PLAZO DEL CONTRATO INCLUYENDO PRORROGAS	OCHO (8) MESES		
UNIDAD FUNCIONAL DE EJECUCIÓN DE ACTIVIDADES:	HOSPITAL JORGE ELIECER GAITAN		
NOMBRE DEL SUPERVISOR:	NATALY DUQUE SALAZAR		

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)**

Presto el servicio de conformidad con la asignación de actividades acordadas con el supervisor del contrato para el desarrollo de las mismas.

Recibo y entrego turno de acuerdo a lo acordado con el supervisor y conforme al objeto misional de la entidad.

Realizo el plan de cuidado diario de enfermería de acuerdo al diagnóstico y necesidades identificadas.

Verifico medidas preventivas de eventos adversos e identifico riesgos, garantizando la seguridad del paciente y reportando los eventos adversos que se presenten.

Administro medicamentos oportunamente y verifico el cuidado directo a los pacientes de acuerdo a los protocolos y guías establecidas del servicio, utilizando técnicas de asepsia, antisepsia y normas de bioseguridad, e informo al médico tratante y coordinadores sobre la no existencia de medicamentos para realizar reajuste de tratamiento.

Apoyo la supervisión de las actividades del personal auxiliar de enfermería y camilleros, observando que se realicen los procedimientos y revisando registros de enfermería.

Realizo la actualización del kardex y tarjetas de medicamentos de acuerdo con las normas establecidas, de forma escrita y cada vez que se requiera el cambio del tratamiento del paciente.

Controlo los suministros y existencias de insumos y medicamentos de los pacientes del servicio.

Realizo las devoluciones al servicio de farmacia de los medicamentos e insumos por paciente antes del egreso y diariamente cuando así lo amerite.

Participo en forma activa en la revista médica diaria, dando mis aportes según sea el caso.

Realizo la asignación de paciente a cada auxiliar de acuerdo al número de pacientes, complejidad y necesidades del servicio.

Soy responsable por los inventarios, conservación y uso adecuado de los equipos, elementos e insumos entregados en el servicio.

Realizo la asignación oportuna de camas y registro oportuno en el aplicativo Dinámica Gerencial para los pacientes que los requieran, realizando los traslados necesarios para tal fin de forma oportuna, colaborando con el giro de cama.

Tramito de forma oportuna exámenes de laboratorio, radiología, exámenes especiales y remisiones que requieran los pacientes a mi cargo.

Cumplo con la resolución 1995 de 1999 y con el manual de manejo de historia clínica de la Subred, contenidas en el formato de necesidad de personal que hace parte integral del presente contrato.

Cumplo con lo establecido en las normas y protocolos de la institución en cuanto al uso del uniforme y elementos de protección dentro de las

áreas asignadas.

Realizo el cumplimiento según protocolo carro paro, secuencia y verificación de candados de seguridad, registros oportunos según formatos establecidos, teniendo en cuenta el registro de temperatura y descarga del desfibrilador.

Porto el carnet institucional de la Subred durante la ejecución de actividades contractuales.

Participo en el proceso de inducción al personal nuevo.

Verifico y superviso el protocolo de limpieza y desinfección con el personal a mi cargo y su respectivo registro.

Ejercito las actividades propias de la profesión de conformidad con las normas y reglamentos, de acuerdo al objeto contractual y las necesidades del servicio, acorde a las guías y protocolos institucionales en el proceso de atención de enfermería, contenidas en el formato de necesidad de personal que hace parte integral del presente contrato, y otras que sean solicitadas por el supervisor.

Ejecuto procedimientos y cuidados a los pacientes que requieren manejo en el programa de clínica de heridas.

Superviso las actividades del personal auxiliar de enfermería mediante supervisión directa e indirecta, observando la realización de procedimientos y revisando registros de enfermería.

Realizo la programación de las actividades del servicio tanto para la atención de los pacientes hospitalizados como de las agendas en pacientes ambulatorios.

Apoyo actividades relacionadas con el proceso de acreditación y habilitación de la Subred Integrada de Servicios de Salud Centro Oriente E.S.E.

Coordino el apoyo técnico multidisciplinario con otras áreas y/o servicios cuando la atención del paciente de consulta externa y hospitalización así lo amerite.

~~Participo en la elaboración de protocolos, manuales y guías del servicio.~~

Presto mi servicio de apoyo en forma personal y autónoma como enfermero(a) en el servicio de consulta externa, en lo relacionado con actividades de promoción de la salud y detección de la enfermedad según curso de vida, programas de atención y condiciones de los usuarios, programación y supervisión de las actividades que realizan las auxiliares de enfermería y demás procedimientos, actividades y reportes que se deriven de la atención relacionada con mi profesión según la demanda de usuarios y necesidad del servicio en cada una de las sedes que conforman la Subred Centro Oriente, sujetándome a la normatividad vigente en el marco del sistema obligatorio de garantía de la calidad en salud para el ejercicio de la profesión, acogiéndome a las guías y protocolos definidos por la Subred.

Apoyo el proceso de gestión, operación y notificación en el proceso de gestión y operación de: BAI, SIVIGILA, IAAS, EEVV, patologías y eventos de alto costo, seguimiento y monitoreo de cohortes según grupos de riesgo priorizados en el marco del MAITE.

Realizo el diligenciamiento de los RIPS, de conformidad con la normatividad vigente y requerimientos institucionales.

Realizo búsqueda activa de usuarios en el servicio de hospitalización y ambulatorio con criterio de ingreso al programa que lidero.

Realizo registros en DHG historia clínica de enfermería.

1

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 (2025-07-01) AL (2025-07-31)

IV. INFORMACIÓN DE APORTES A SEGURIDAD SOCIAL

No. DE PLANILLA:	N° 88207860	OPERADOR:	MI PLANILLA

CONCEPTO DEL PAGO	ENTIDAD	FECHA DE PAGO	VALOR PAGADO
SALUD:	NUEVA EPS	2025/07/15	$ 190.000
PENSIÓN:	PORVENIR	2025/07/15	$ 243.200
RIESGOS LABORALES:	SEGUROS BOLIVAR	2025/07/15	$ 37.100
OTRO			
TOTAL PAGADO			$ 470.300

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	*JOSE DANIEL BALLONA PIRAGUA* *PS_2442_2025_31D13E-2025-07-15 17:16:25* **JOSE DANIEL BALLONA PIRAGUA** **CC: 1019021852**
FIRMA DE QUIEN VALIDA	*SANDRA PATRICIA LEON CACERES* *PS_2442_2025_31D13E-2025-07-16 17:39:08* **SANDRA PATRICIA LEON CACERES** **SUPERVISOR ALTERNO**
FIRMA DE QUIEN CONVALIDA EL CUMPLIMIENTO DE LAS OBLIGACIONES PARA EL PRESENTE PERIODO DE PAGO	*NATALY DUQUE SALAZAR* *PS_2442_2025_31D13E-2025-07-16 17:51:05* **NATALY DUQUE SALAZAR** **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	1019021852	JOSE DANIEL BAYONA PIRAGUA	CRA 92 8C 36 APT 1114	3044307411	danielbayona128@gmail.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	CANTIDAD UPC
					1	0
PERIODO SALUD	PERIODO PENSIONES				TOTAL A PAGAR	
2025-06	2025-06	I	15/07/2025	88207860	$502.100	

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					
EPS037	Nueva EPS	900156264-2	190.000	0		0		0	4	500	0	190.500	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
230301	Porvenir	800224808-8	243.200	0	0	0	0	4	700	0	243.900	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										
14-7	Seguros Bolivar S.A.	860002503-2	37.100				37.100	4	100	37.200			371	37.200	1

TOTALES CAJAS

Código CCF	Nombre	NIT	Valor Aporte	Días Mora	Valor Mora Aporte	Total a Pagar	No. Afiliados
CCF24	Compensar Caja	860066942-7	30.400	4	100	30.500	1

TOTALES PARAFISCALES

Valor Aporte	Días Mora	Valor Mora Aporte	Total a Pagar	No. Afiliados
SENA				
0	4	0	0	0
ICBF				
0	4	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	190.000	190.500
Pensión	1	243.200	243.900
Riesgos Laborales	1	37.100	37.200
CCF	1	30.400	30.500
ESAP	0	0	0
ICBF	0	0	0
MEN	0	0	0
SENA	0	0	0
TOTALES	4	500.700	502.100

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
CC	1019021852	JOSE DANIEL BAYONA PIRAGUA		CRA 92 8C 36 APT 1114	3044307411	danielbayona128@gmail.com
FORMA PRESENTACIÓN	**CLASE APORTANTE**	**NOMBRE SUCURSAL**	**CÓDIGO**	**DEPARTAMENTO**	**CIUDAD / MUNICIPIO**	**EXONERADO PAGO PARAFISCALES Y SALUD**
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	
2025-06	2025-06	I	15/07/2025	88207860	$502.100	

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	1019021852	BAYONA PIRAGUA JOSE DANIEL	59	0			N								X								230301	1.519.400	243.200	0	0	0	0	EPS037	1.519.400	190.000	14-7	1.519.400	3	37.100	CCF24	1.519.400	30.400	0	0	0	0	0

PAGADA

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