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:	**JUDY CARINA ALBARRACIN ARCHILA**			**CC:**	**52348848**
CORREO ELECTRÓNICO:	**JUDYALBARRACION@GMAIL.COM**			**TELÉFONO:**	**3115389097**
DIRECCIÓN DOMICILIO:	**CL 74 94 87**			**CIUDAD:**	**BOGOTA**
BANCO AL CUAL CONSIGNAR:	**BANCO DAVIVIENDA S.A.**	**TIPO DE CUENTA:**	**AHORROS**	**N° CUENTA:**	**008480362394**
DATOS DEL CONTRATO O ADICION Y PERIODO OBJETO DE PAGO					
Nº DEL CONTRATO:	**PS 2932 2025**	**VALOR CORRESPONDIENTE AL PERIODO OBJETO DE COBRO**			**$ 3.597.312**
FECHA DE INICIO CONTRATO	**2025/01/01**	**FECHA DE TERMINACIÓN CONTRATO:**			**2025/09/01**
PERIODO OBJETO DE COBRO:	**DEL 2025/10/01 AL 2025/10/31**				

JUDY CARINA ALBARRACIN ARCHILA
PS_2932_2025_19062A

NOMBRE Y FIRMA DEL CONTRATISTA:
JUDY CARINA ALBARRACIN ARCHILA
CC: 52348848
CEL: 3115389097

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			
JUDY CARINA ALBARRACIN ARCHILA			
	CON C.C N°	**52.348.848**	
OBJETO DEL CONTRATO:	PRESTAR SERVICIOS PROFESIONALES COMO TERAPEUTA RESPIRATORIO PARA DESARROLLAR ACTIVIDADES EN LA DIRECCION DE SERVICIOS COMPLEMENTARIOS DE LA SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E.		
CONTRATO DE PRESTACION DE SERVICIOS PROFESIONALES No.	**PS 2932 2025**	**FECHA INICIO CONTRATO**	**2025/01/01**
VALOR INICIAL DEL CONTRATO	$ 16.487.680	**No. HORAS EJECUTADAS**	**192**
VALOR TOTAL DEL CONTRATO INCLUIDO ADICIONES:	$ 40.057.568	**VALOR DE HONORARIOS PERÍODO A CERTIFICAR:**	$ 3.597.312
PLAZO DEL CONTRATO INCLUYENDO PRORROGAS	NUEVE (9) MESES		
UNIDAD FUNCIONAL DE EJECUCIÓN DE ACTIVIDADES:	HOSPITAL SANTA CLARA		
NOMBRE DEL SUPERVISOR:	ANGELA MARIA MENDOZA MESA		

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	2. Brinde atención personalizada y adaptada a las necesidades de los pacientes, cumplí con los protocolos y guías de atención para garantizar que la atención sea pertinente y efectiva, documente en la historia clínica todas las 402 sesiones de Terapia Respiratoria de la atención brindada con reporte de lo hecho en la atención.
2	3. Conozco y cumplo con las políticas y procedimientos establecidos por la subred Centro Oriente, incluyendo los reglamentos administrativos, técnicos, científicos y disciplinarios, conozco y cumplo los roles y responsabilidades asignados de la estructura orgánica de la Subred Centro Oriente, además conozco y cumplo la visión y misión de la Subred Centro Oriente
3	4. Realice 402 actividades facturables y 1463 actividades no facturables en la unidad de cuidados intensivos adultos de la UMHES Santa clara, atendiendo a un total de 145 pacientes en el mes de Octubre, alcanzando 404 objetivos de tratamientos terminados equivalentes al 94% de estos.
4	5. Realizar tratamiento, seguimiento a los pacientes valorados, brindar pautas de manejo y educación a los familiares y /o cuidadores de los pacientes.
5	6. Entrego el informe de producción mensual junto con los objetivos el día 01 de Octubre de 2025. Realizo el diligenciamiento del drive adjuntando las evidencias de la información entregada para consolidación de indicadores mensuales el día 10 de Octubre de 2025.
6	7. Realicé registro completo y con calidad de 402 historias clínicas en el aplicativo Dinámica Gerencial con los parámetros establecidos en la resolución 1995 de 1999 y los definidos por la Subred Integrada de Servicios de Salud Centro Oriente.
7	8. Diligencie en forma completa, oportuna, sistematizada y legible los formatos, las historias clínicas y demás registros según lo establecido en la normatividad vigente.
8	9. Garantice la privacidad de la historia clínica del paciente
9	10. Garantice la utilización racional de los recursos que la Subred aporto al desarrollo de las actividades contratadas.
10	23. Cumplí con las normas de bioseguridad, lavado de manos, uso de elementos de protección personal, procesos de limpieza y desinfección y diligenciamiento de los respectivos formatos de paquetes de medidas y limpieza y desinfección de equipos.
11	24. Asistí a la UMHES Santa Clara al servicio UCI Adultos durante todo el mes de Octubre de 2025 para la ejecución de mi labor como Terapeuta Respiratoria, según orden de la supervisora de contrato reflejado en cuadro de turno de dicho mes.
12	1. Realice sesiones 212 de terapia respiratoria en el servicio de cuidado intensivo adultos, procurando el mejoramiento de la salud del paciente.

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° 90374833	OPERADOR:	MI PLANILLA

CONCEPTO DEL PAGO	ENTIDAD	FECHA DE PAGO	VALOR PAGADO
SALUD:	COMPENSAR	2025/10/03	$ 179.900
PENSIÓN:	COLPENSIONES	2025/10/03	$ 230.300
RIESGOS LABORALES:	SEGUROS BOLIVAR	2025/10/03	$ 35.100
OTRO			
TOTAL PAGADO			$ 445.300

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	*JUDY CARINA ALBARRACIN ARCHILA* *PS_2932_2025_19062A* **JUDY CARINA ALBARRACIN ARCHILA** **CC: 52348848**
FIRMA DE QUIEN CONVALIDA EL CUMPLIMIENTO DE LAS OBLIGACIONES PARA EL PRESENTE PERIODO DE PAGO	*ANGELA MARIA MENDOZA MESA* *PS_2932_2025_19062A* **ANGELA MARIA MENDOZA MESA** **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	52348848	JUDY CARINA ALBARRACIN ARCHILA	CL 73B 94 42	5837142	judyalbarracin@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	UPC
PERIODO SALUD	PERIODO PENSIONES				1	0
2025-09	2025-09	I	03/10/2025	90374833	TOTAL A PAGAR	
					$474.100	

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					
EPS008	Compensar EPS	860066942-7	179.900	0		0		0	0	0	0	179.900	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	230.300	0	0	0	0	0	0		230.300	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	35.100				35.100	0	0	35.100			351	35.100	1

TOTALES CAJAS							
Código CCF	Nombre	NIT	Valor Aporte	Días Mora	Valor Mora Aporte	Total a Pagar	No. Afiliados
CCF24	Compensar Caja	860066942-7	28.800	0	0	28.800	1

TOTALES PARAFISCALES				
Valor Aporte	Días Mora	Valor Mora Aporte	Total a Pagar	No. Afiliados
SENA				
0	0	0	0	0
ICBF				
0	0	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	179.900	179.900
Pensión	1	230.300	230.300
Riesgos Laborales	1	35.100	35.100
CCF	1	28.800	28.800
ESAP	0	0	0
ICBF	0	0	0
MEN	0	0	0
SENA	0	0	0
TOTALES	4	474.100	474.100

192 2932

OK.

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

VER CONTRATO

cución del Contrato

Porcentaje Recepción de artículos

n de Pagos

¿Se requieren emisiones de códigos de autorización? Sí No

Id de pago	Número de factura	Fecha de emisión	Fecha de recepción	Valor total de la factura	Estado

No existen resultados que cumplan con los criterios de búsqueda especificados .

Crear

cumentos de ejecución del contrato

	Descripción	Nombre del archivo	Cargado por		
☐	1 PS 2932 2025 CRP-7208.pdf	1 PS 2932 2025 CRP-7208.pdf	Comprador	Descargar	Detalle
☐	2 PS 2932 2025 CRP-14810.pdf	2 PS 2932 2025 CRP-14810.pdf	Comprador	Descargar	Detalle
☐	3 PS 2932 2025 CRP-18378.pdf	3 PS 2932 2025 CRP-18378.pdf	Comprador	Descargar	Detalle
☐	PS 2932 2025 CUENTA DE COBRO AGOSTO 2025.pdf	PS 2932 2025 CUENTA DE COBRO AGOSTO 2025.pdf	Proveedor	Descargar	Detalle
☐	PS 2932 2025 CUENTA DE COBRO SEPTIEMBRE 2025.pdf	PS 2932 2025 CUENTA DE COBRO SEPTIEMBRE 2025.pdf	Proveedor	Descargar	Detalle
☐	PS 2932 2025 CUENTA DE COBRO JUNIO 2025.pdf	PS 2932 2025 CUENTA DE COBRO JUNIO 2025.pdf	Proveedor	Descargar	Detalle
☐	PS 2932 2025 CUENTA DE COBRO JULIO 2025.pdf	PS 2932 2025 CUENTA DE COBRO JULIO 2025.pdf	Proveedor	Descargar	Detalle
☐	PS 2932 2025 CUENTA DE COBRO ENERO 2025.pdf	PS 2932 2025 CUENTA DE COBRO ENERO 2025.pdf	Proveedor	Descargar	Detalle
☐	Ps 2932 2025 cuenta de cobro febrero 2025.pdf	Ps 2932 2025 cuenta de cobro febrero 2025.pdf	Proveedor	Descargar	Detalle
☐	PS 2932 2025 CUENTA COBRO MARZO 2025.pdf	PS 2932 2025 CUENTA COBRO MARZO 2025.pdf	Proveedor	Descargar	Detalle
☐	PS 2932 2025 2025 CUENTA COBRO ABRIL 2025.pdf	PS 2932 2025 2025 CUENTA COBRO ABRIL 2025.pdf	Proveedor	Descargar	Detalle
☐	PS 2932 2025 CUENTA DE COBRO MAYO 2025.pdf	PS 2932 2025 CUENTA DE COBRO MAYO 2025.pdf	Proveedor	Descargar	Detalle