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: (30-11-2025)					
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**			**$ 3.372.480**
FECHA DE INICIO CONTRATO	**2025/01/01**	**FECHA DE TERMINACIÓN CONTRATO:**			**2025/11/30**
PERIODO OBJETO DE COBRO:	**DEL 2025/11/01 AL 2025/11/30**				

JUDY CARINA ALBARRACIN ARCHILA
PS_2932_2025_9404C8

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**	**180**
VALOR TOTAL DEL CONTRATO INCLUIDO ADICIONES:	$ 42.605.664	**VALOR DE HONORARIOS PERÍODO A CERTIFICAR:**	$ 3.372.480
PLAZO DEL CONTRATO INCLUYENDO PRORROGAS	ONCE (11) 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	ACTIVIDAD 1. Realice 256 sesiones de terapia respiratoria en el servicio de cuidado intensivo adultos, procurando el mejoramiento de la salud del paciente.
2	ACTIVIDAD 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 256 sesiones de Terapia Respiratoria de la atención brindada con reporte de lo hecho en la atención.
3	ACTIVIDAD 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.
4	ACTIVIDAD 4. Realice un total de 881 Actividades, de las cuales 256 actividades son facturables efectuando 126 terapias respiratorias, 125 muestras de gases arteriovenosos, 5 Micronebulizaciones, 102 registros de oxígeno, 371 Oximetrías, 1 tomas de muestras respiratorias, 0 traslados de pacientes críticos, 31 cambios de fijaciones, 8 cambios de insumos, 125 registros de formato de gases, 222 registros de parámetros ventilatorios, 137 limpieza y desinfección de ventiladores, 1 Reanimación cardiopulmonar y un total de 119 pacientes atendidos en la unidad de cuidados intensivos adultos de la UMHES Santa clara, alcanzando un número total de 364 objetivos de tratamientos terminados equivalentes al 93% de estos. Estas actividades se realizan según las necesidades de la Subred dando cobertura en todas las unidades en donde se oferte el servicio y sea requerido.
5	ACTIVIDAD 6. Entrego el informe de producción mensual junto con los objetivos el día 03 de noviembre del 2025. Realizo el diligenciamiento del drive adjuntando las evidencias de la información entregada para consolidación de indicadores mensuales el día 06 de noviembre del 2025.
6	ACTIVIDAD 7. Realice registro completo y con calidad de 256 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	ACTIVIDAD 9. Garantice la privacidad de la historia clínica del paciente.
8	ACTIVIDAD 10. Garanticé la integridad y adecuado funcionamiento de los equipos, elementos e instalaciones, así como la utilización racional de los recursos que la subred aporte al desarrollo de las actividades contratadas y responder por sus reposición o reparación cuando los daños se ocasionen por negligencia o inadecuada manipulación de los mismos.
9	ACTIVIDAD 12. Participe en la Socialización prevención de la neumonía asociada a la ventilación el día 28 de octubre de 2025 Hora 8:00 a 9:00 a.m. Además, la realización del curso de POCT.
10	ACTIVIDAD 19. Asistí a las jornadas de capacitación, inducción, reuniones, comités y eventos a los cuales sea convocado, realizando los cursos de Víctimas de Violencia Sexual y Víctimas de violencia con Agentes Químicos con la Subred Centro Oriente.
11	ACTIVIDAD 20. Informe al supervisor del contrato cualquier novedad que afecte el cumplimiento de mis obligaciones. Informo oportunamente los cambios de turno a la coordinación.
12	ACTIVIDAD 21. Facilité las labores de supervisión, evaluación y control que la Subred realiza en forma directa por la Subdirección de Servicios de Salud
13	ACTIVIDAD 22. Cumplí oportunamente las recomendaciones, oportunidades de mejora, actas de compromiso y demás solicitudes de la Supervisión y de la Oficina de Calidad.
14	ACTIVIDAD 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.
15	ACTIVIDAD 24. Asistí a la UMHES Santa Clara al servicio adultos durante todo el mes de Noviembre de 2025 para la ejecución de mi labor como Terapeuta Respiratoria, según orden de mi supervisora de contrato reflejado en cuadro de turno de dicho mes.

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 (2025-11-01) AL (2025-11-30)

IV. INFORMACIÓN DE APORTES A SEGURIDAD SOCIAL

No. DE PLANILLA:	N° 90992506	OPERADOR:	MI PLANILLA

CONCEPTO DEL PAGO	ENTIDAD	FECHA DE PAGO	VALOR PAGADO
SALUD:	COMPENSAR	2025/11/12	$ 179.900
PENSIÓN:	COLPENSIONES	2025/11/12	$ 230.300
RIESGOS LABORALES:	SEGUROS BOLIVAR	2025/11/12	$ 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_9404C8* **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_9404C8* **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	CANTIDAD UPC
					1	0
PERIODO SALUD	PERIODO PENSIONES				TOTAL A PAGAR	
2025-10	2025-10	I	12/11/2025	90992506	$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

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	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.	

EXONERADO PAGO PARAFISCALES Y SALUD
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	
2025-10	2025-10	I	12/11/2025	90992506	$474.100	

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	Exonerado	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	52348848	ALBARRACIN ARCHILA JUDY CARINA	59	0			N																	25-14	1.439.000	230.300	0	0	0	0	EPS008	1.439.000	179.900	14-7	1.439.000	3	35.100	CCF24	1.439.000	28.800	0	0	0	0	0

PAGADA

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

1 Información general
2 Condiciones
3 Bienes y servicios
4 Documentos del Proveedor
5 Documentos del contrato
6 Información presupuestal
7 **Ejecución del Contrato**
8 Modificaciones del Contrato
9 Incumplimientos

Datos guardados

Cancelar

< Evaluación de la Entidad Estatal >

VER CONTRATO

Ejecución del Contrato

Porcentaje Recepción de artículos

Plan 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

Documentos de ejecución del contrato

	Descripción	Nombre del archivo	Cargado por		
☐	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 CUENTA DE COBRO MAYO 2025.pdf	PS 2932 2025 CUENTA DE COBRO MAYO 2025.pdf	Proveedor	Descargar	Detalle
☐	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
☐	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
☐	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 OCTUBRE 2025.pdf	PS 2932 2025 CUENTA DE COBRO OCTUBRE 2025.pdf	Proveedor	Descargar	Detalle

Borrar Cargar nuevo

Cancelar

< Evaluación de la Entidad Estatal >