

DATOS DEL CONTRATISTA

FECHA DE DILIGENCIAMIENTO: (31-10-2025)

NOMBRES Y APELLIDOS:	YAIRS JULIO MOLANO ARIAS		CC:	79732188	
CORREO ELECTRÓNICO:	YAMOLANO@UAN.EDU.CO		TELÉFONO:	3006996700	
DIRECCIÓN DOMICILIO:	CL 6A 17 0300 6996700		CIUDAD:	BOGOTA	
BANCO AL CUAL CONSIGNAR:	BANCOLOMBIA	TIPO DE CUENTA:	AHORROS	N° CUENTA:	13122700041

DATOS DEL CONTRATO O ADICION Y PERIODO OBJETO DE PAGO

N° DEL CONTRATO:	PS 5758 2024	VALOR CORRESPONDIENTE AL PERIODO OBJETO DE COBRO	\$ 7.146.240
FECHA DE INICIO CONTRATO	2024/12/09	FECHA DE TERMINACIÓN CONTRATO:	2025/10/31
PERIODO OBJETO DE COBRO:	DEL 2025/10/01 AL 2025/10/31		



YAIRS JULIO MOLANO ARIAS  
PS\_5758\_2024\_53DFE5

NOMBRE Y FIRMA DEL CONTRATISTA:

YAIRS JULIO MOLANO ARIAS

CC: 79732188

CEL: 3006996700

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

**YAIRS JULIO MOLANO ARIAS**

CON C.C N°

79.732.188

**OBJETO DEL CONTRATO:** PRESTAR SUS SERVICIOS COMO PROFESIONAL EN MEDICINA II PARA DESARROLLAR ACTIVIDADES EN LA DIRECCION DE URGENCIAS DE LA SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E. CONVENIO 7120405-2024 APH

<b>CONTRATO DE PRESTACION DE SERVICIOS PROFESIONALES No.</b>	<b>PS 5758 2024</b>	<b>FECHA INICIO CONTRATO</b>	<b>2024/12/09</b>
--	---------------------	------------------------------	-------------------

<b>VALOR INICIAL DEL CONTRATO</b>	\$ 6.929.771	<b>No. HORAS EJECUTADAS</b>	<b>192</b>
-----------------------------------	--------------	-----------------------------	------------

<b>VALOR TOTAL DEL CONTRATO INCLUIDO ADICIONES:</b>	\$ 76.206.461	<b>VALOR DE HONORARIOS PERÍODO A CERTIFICAR:</b>	\$ 7.146.240
---	---------------	--	--------------

**PLAZO DEL CONTRATO INCLUYENDO PRORROGAS** ONCE (11) MESES

**UNIDAD FUNCIONAL DE EJECUCIÓN DE ACTIVIDADES:** HOSPITAL SAN BLAS

**NOMBRE DEL SUPERVISOR:** JOSE OCTAVIANO BARRERA GUTIERREZ

**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	Estuvé presente en el momento de entregar y recibir 16 turnos registrando las novedades correspondientes en el marco de una relación de coordinación inherente al ejercicio de una profesión liberal e independiente.
2	Garantice el adecuado diligenciamiento y entrega de 11 Historias Clínicas, 3 fallidos del Programa de Atención Prehospitalaria (física y/o digital) según criterios y normatividad vigente, además de establecer actividades de seguimiento y de mejora a la adherencia del diligenciamiento de la historia clínica.
3	Garanticé el Diligenciamiento oportuno, completo y adecuado 11 Historias Clínicas, 3 fallidos propios de la Atención Prehospitalaria (Historia Clínica de valoración y/o traslado, formatos, consentimiento y desistimiento de traslado, Formulación médica, cadena de custodia).
4	Realicé la valoración médica y/o traslado de 36 pacientes cuando segun lo indicado por el Centro Regulador de Urgencias y Emergencias CRUE.
5	Realicé las maniobras básicas y avanzadas para la estabilización de pacientes críticos, en caso de requerirse en el proceso de atención.
6	Desarrollé las actividades programadas, según cronogramas establecidos por la Unidad Funcional de APH Centro Oriente E.S.E.
7	Porté de manera decorosa las prendas institucionales acorde a lo establecido en el manual de imagen del CRUE junto con el carné que lo acredita como contratista de la Subred Centro Oriente E.S.E.
8	Garanticé el cumplimiento de lo contemplado en el manual de bioseguridad.
9	Velé por la oportunidad, pertinencia, continuidad, seguridad, racionalización y resolución en la atención médica Prehospitalaria.
10	Realicé informe y registro oportuno de datos críticos.
11	Efectué reporte y registro de sucesos de seguridad. (Actividad no desarrollada durante el periodo del presente reporte)
12	Adopté los procesos, procedimientos, guías, instructivos, formatos, protocolos que se requieran para el cabal cumplimiento de las actividades. (Actividad no desarrollada durante el periodo del presente reporte)
13	Dí trato digno y humanizado tanto al cliente interno como externo en el desarrollo del objeto contractual.
14	Cumplí con las disposiciones respectivas de seguridad del paciente, confidencialidad de la información que maneja de acuerdo con el desarrollo de las actividades.
15	Respondí oportunamente a los 14 despachos y/o llamados generados desde el Centro Regulador de Urgencias y Emergencias CRUE
16	Apliqué las políticas de calidad de la institución participando activamente en los procesos del sistema de gestión de calidad institucional.
17	Asistí a la capacitación brindada el 15 de Octubre del 2025 sobre Funciones de veeduría
18	Registré todos los 14 desplazamientos realizados en la ambulancia Fallidos 5-20, Valoraciones y Traslados por medio del aplicativo designado para tal fin.
19	Capturé los soportes necesarios para realizar el debido proceso de la autorización y facturación de los traslados y/o valoraciones realizadas.
20	Respondí y asistí a las citaciones derivadas de los requerimientos del SDQS, novedades administrativas y asistenciales generadas por el Centro regulador de Urgencias y Emergencias en Salud CRUE.
21	Dí uso adecuado y racionalización de los insumos y/o medicamentos abastecidos en los vehículos de emergencia; así mismo, garantizar el adecuado registro en los formatos correspondientes.
22	Realicé el diligenciamiento claro y oportuno de los certificados de defunciones generados durante la Atención Prehospitalaria, en medio físico y en un término no mayor a 24 horas en el aplicativo RUAF
23	Efectué el registro adecuado y oportuno de Kardex, elaboración de Página 3 de 275 inventario y pedido de insumos.
24	Realicé 6 preoperacional del equipamiento biomédico y equipos de apoyo diagnóstico.
25	Adopté los procesos, procedimientos, guías, instructivos, formatos, protocolos que se requieran para cabal el cumplimiento de las actividades

26	Tramité mensualmente dentro de los tiempos establecidos por la Subred Centro Oriente E.S.E los formatos de informe y cuenta de cobro", "cuenta de cobro Word " y "certificado de pago de aportes sociales", para el pago de sus respectivos honorarios.
27	Realicé las demás actividades asignadas por el supervisor y que sean inherentes con el objeto del contrato y la ejecución del CONVENIO 7120405 - 2024

**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° 90641107	OPERADOR:	MI PLANILLA
CONCEPTO DEL PAGO	ENTIDAD	FECHA DE PAGO	VALOR PAGADO
SALUD:	COMPENSAR	2025/10/15	\$ 335.000
PENSIÓN:	COLPENSIONES	2025/10/15	\$ 428.800
RIESGOS LABORALES:	SURA	2025/10/15	\$ 0
OTRO			
<b>TOTAL PAGADO</b>			<b>\$ 763.800</b>


**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

<b>NOMBRE Y FIRMA DEL CONTRATISTA</b>	 <b>YAIRS JULIO MOLANO ARIAS</b> PS_5758_2024_53DFE5 <hr/> <b>YAIRS JULIO MOLANO ARIAS</b> <b>CC: 79732188</b>
---------------------------------------	--

<b>FIRMA DE QUIEN VALIDA</b>	 <b>CLAUDIA PATRICIA MILANES ALVAREZ</b> PS_5758_2024_53DFE5 <hr/> <b>CLAUDIA PATRICIA MILANES ALVAREZ</b> <b>SUPERVISOR ALTERNO</b>
------------------------------	--

  
**JOSE OCTAVIANO BARRERA GUTIERREZ**  
 PS\_5758\_2024\_53DFE5  


---

**JOSE OCTAVIANO BARRERA GUTIERREZ**



**FIRMA DE QUIEN CONVALIDA EL CUMPLIMIENTO DE LAS  
OBLIGACIONES PARA EL PRESENTE PERIODO DE PAGO**

DATOS DEL APORTANTE						
TIPO	NÚMERO	NOMBRE APORTANTE		DIRECCIÓN	TELÉFONO	CORREO
CC	79732188	YAIRS JULIO MOLANO ARIAS		Calle 6 A Numero 17-07	30069967	yamolano@uan.edu.co
FORMA PRESENTACIÓN	CLASE APORTANTE	NOMBRE SUCURSAL	CÓDIGO	DEPARTAMENTO	CIUDAD / MUNICIPIO	
ÚNICA	I - Independiente			BOGOTÁ D. C.	BOGOTÁ, D.C.	

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	15/10/2025	90641107	\$817.400	

## 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	335.000	0		0		0	0	0	0	335.000	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	428.800	0	0	0	0	0	0	0	428.800	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										

### TOTALES CAJAS

Código CCF	Nombre	NIT	Valor Aporte	Días Mora	Valor Mora Aporte	Total a Pagar	No. Afiliados
CCF24	Compensar Caja	860066942-7	53.600	0	0	53.600	1

### TOTALES PARAFISCALES

Valor Aporte	Días Mora	Valor Mora Aporte	Total a Pagar	No. Afiliados
<b>SENA</b>				
0	0	0	0	0
<b>ICBF</b>				
0	0	0	0	0
<b>ESAP</b>				
<b>MEN</b>				

### TOTALES POR SUBSISTEMA

Tipo Administradora	No. Administradoras Reportadas	Valor antes de IGE, LMA, IRP y Mora	Total a Pagar
Salud	1	335.000	335.000
Pensión	1	428.800	428.800
Riesgos Laborales	0	0	0
CCF	1	53.600	53.600
ESAP	0	0	0
ICBF	0	0	0
MEN	0	0	0
SENA	0	0	0
<b>TOTALES</b>	<b>3</b>	<b>817.400</b>	<b>817.400</b>

DATOS DEL APORTANTE						
TIPO	NÚMERO	NOMBRE APORTANTE		DIRECCIÓN	TELÉFONO	CORREO
CC	79732188	YAIRS JULIO MOLANO ARIAS		Calle 6 A Numero 17-07	30069967	yamolano@uan.edu.co
FORMA PRESENTACIÓN	CLASE APORTANTE	NOMBRE SUCURSAL	CÓDIGO	DEPARTAMENTO	CIUDAD / MUNICIPIO	
ÚNICA	I – Independiente			BOGOTÁ D. C.	BOGOTÁ, D.C.	

DATOS DE LA PLANILLA						
PLANILLA ASOCIADA	FECHA PAGO ASOCIADA (DIA/MES/AÑO)	TIPO PLANILLA	FECHA PAGO (DIA/MES/AÑO)	NÚMERO PLANILLA	CANTIDAD	
					EMPLADOS	UPC
					1	0
PERIODO SALUD	PERIODO PENSIONES	TOTAL A PAGAR				
2025-09	2025-09	\$817.400				

DETALLE POR COTIZANTE																																														
INFORMACIÓN COTIZANTE										INFORMACIÓN NOVEDADES								PENSIÓN				SALUD			RIESGOS LABORALES			CCF			PARAFISCALES															
No.	Tipo	No. de identificación	Apellidos y Nombres	Cotizante	Subjeto	Estratificación	Columna especial	Exonerado	ING	RET	TDE	TAE	TOP	TAP	VBP	VBT	SILN	ISE	MA	MAA	ASAP	VCT	IRL	CORRECCIÓN	Cód. AFP	IBC AFP	Cotización	Voluntario o 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	79732188	MOLANO ARIAS YAIRS JULIO	3	0			N																	25-14	2.680.000	428.800	0	0	0	0	EPS008	2.680.000	335.000		0		0	CCF24	2.680.000	53.600	0	0	0	0	0

# PAGADA

Editar Contrato

<input type="checkbox"/>	PS 5758 2024 CUENTA DE COBRO DICIEMBRE.pdf	PS 5758 2024 CUENTA DE COBRO DICIEMBRE.pdf	Comprador	<a href="#">Descargar</a>	<a href="#">Detalle</a>
<input type="checkbox"/>	PS 5758 2024 CUENTA DE COBRO ENERO 2025.pdf	PS 5758 2024 CUENTA DE COBRO ENERO 2025.pdf	Comprador	<a href="#">Descargar</a>	<a href="#">Detalle</a>
<input type="checkbox"/>	PS 5758 2024 CUENTA DE COBRO FEBRERO 2025.pdf	PS 5758 2024 CUENTA DE COBRO FEBRERO 2025.pdf	Comprador	<a href="#">Descargar</a>	<a href="#">Detalle</a>
<input type="checkbox"/>	PS 5758 2024 CUENTA DE COBRO JULIO 2025.pdf	PS 5758 2024 CUENTA DE COBRO JULIO 2025.pdf	Comprador	<a href="#">Descargar</a>	<a href="#">Detalle</a>
<input type="checkbox"/>	PS 5758 2024 CUENTA DE COBRO JUNIO 2025.pdf	PS 5758 2024 CUENTA DE COBRO JUNIO 2025.pdf	Comprador	<a href="#">Descargar</a>	<a href="#">Detalle</a>
<input type="checkbox"/>	PS 5758 2024 CUENTA DE COBRO MARZO 2025.pdf	PS 5758 2024 CUENTA DE COBRO MARZO 2025.pdf	Comprador	<a href="#">Descargar</a>	<a href="#">Detalle</a>
<input type="checkbox"/>	PS 5758 2024 CUENTA DE COBRO MAYO 2025.pdf	PS 5758 2024 CUENTA DE COBRO MAYO 2025.pdf	Comprador	<a href="#">Descargar</a>	<a href="#">Detalle</a>
<input type="checkbox"/>	PS 5758 2024 CUENTA DE COBRO SEPTIEMBRE 2025.pdf	PS 5758 2024 CUENTA DE COBRO SEPTIEMBRE 2025.pdf	Comprador	<a href="#">Descargar</a>	<a href="#">Detalle</a>

[Borrar](#) [Cargar nuevo](#)



Búsqueda

Mis procesos

Menú

Ir a

Buscar...

Escritorio → Menú → Administración de contratos → **Ver contrato**

1 Información general

Cancelar

<

Evaluación de la Entidad Estatal

>

2 Condiciones

### VER CONTRATO

3 Bienes y servicios

### Ejecución del Contrato

4 Documentos del Proveedor

5 Documentos del contrato

### Plan de Pagos

6 Información presupuestal

¿Se requieren emisiones de códigos de autorización?  Sí  No

7 Ejecución del Contrato

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

8 Modificaciones del Contrato

No existen resultados que cumplan con los criterios de búsqueda especificados

9 Incumplimientos

Crear

### Documentos de ejecución del contrato

	Descripción	Nombre del archivo	Cargado por		
<input type="checkbox"/>	PS 5758 2024 CUENTA DE COBRO DICIEMBRE.pdf	PS 5758 2024 CUENTA DE COBRO DICIEMBRE.pdf	Comprador	<a href="#">Descargar</a>	<a href="#">Detalle</a>
<input type="checkbox"/>	PS 5758 2024 CUENTA DE COBRO ENERO 2025.pdf	PS 5758 2024 CUENTA DE COBRO ENERO 2025.pdf	Comprador	<a href="#">Descargar</a>	<a href="#">Detalle</a>
<input type="checkbox"/>	PS 5758 2024 CUENTA DE COBRO FEBRERO 2025.pdf	PS 5758 2024 CUENTA DE COBRO FEBRERO 2025.pdf	Comprador	<a href="#">Descargar</a>	<a href="#">Detalle</a>
<input type="checkbox"/>	PS 5758 2024 CUENTA DE COBRO MARZO 2025.pdf	PS 5758 2024 CUENTA DE COBRO MARZO 2025.pdf	Comprador	<a href="#">Descargar</a>	<a href="#">Detalle</a>
<input type="checkbox"/>	PS 5758 2024 CUENTA DE COBRO ABRIL 2025.pdf	PS 5758 2024 CUENTA DE COBRO ABRIL 2025.pdf	Comprador	<a href="#">Descargar</a>	<a href="#">Detalle</a>
<input type="checkbox"/>	PS 5758 2024 CUENTA DE COBRO MAYO 2025.pdf	PS 5758 2024 CUENTA DE COBRO MAYO 2025.pdf	Comprador	<a href="#">Descargar</a>	<a href="#">Detalle</a>
<input type="checkbox"/>	PS 5758 2024 CUENTA DE COBRO JUNIO 2025.pdf	PS 5758 2024 CUENTA DE COBRO JUNIO 2025.pdf	Comprador	<a href="#">Descargar</a>	<a href="#">Detalle</a>
<input type="checkbox"/>	COMUNICACION SUPERVISOR PS 5758 2024 16-07-2025.pdf	COMUNICACION SUPERVISOR PS 5758 2024 16-07-2025.pdf	Comprador	<a href="#">Descargar</a>	<a href="#">Detalle</a>
<input type="checkbox"/>	PS 5758 2024 CUENTA DE COBRO JULIO 2025.pdf	PS 5758 2024 CUENTA DE COBRO JULIO 2025.pdf	Comprador	<a href="#">Descargar</a>	<a href="#">Detalle</a>
<input type="checkbox"/>	PS 5758 2024 CUENTA DE COBRO AGOSTO 2025.pdf	PS 5758 2024 CUENTA DE COBRO AGOSTO 2025.pdf	Comprador	<a href="#">Descargar</a>	<a href="#">Detalle</a>
<input type="checkbox"/>	PS 5758 2024 CUENTA DE COBRO SEPTIEMBRE 2025.pdf	PS 5758 2024 CUENTA DE COBRO SEPTIEMBRE 2025.pdf	Comprador	<a href="#">Descargar</a>	<a href="#">Detalle</a>

Borrar

Cargar nuevo

Cancelar

<

Evaluación de la Entidad Estatal

>