**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: (31-12-2025)** | | | | | |
| **NOMBRES Y APELLIDOS:** | **CHRISTIAN JAVIER DURAN SALAMANCA** | | | **CC:** | **1031135842** |
| **CORREO ELECTRÓNICO:** | **SAMUELDURAN03@HOTMAIL.COM** | | | **TELÉFONO:** | **3212432236** |
| **DIRECCIÓN DOMICILIO:** | **KR 12A BIS N° 32F - 20 SUR** | | | **CIUDAD:** | **BOGOTA** |
| **BANCO AL CUAL CONSIGNAR:** | **BANCO DAVIVIENDA S.A.** | **TIPO DE CUENTA:** | **AHORROS** | **N° CUENTA:** | **488427711640** |
| **DATOS DEL CONTRATO O ADICION Y PERIODO OBJETO DE PAGO** | | | | | |
| **Nº DEL CONTRATO:** | **PS 2316 2025** | **VALOR CORRESPONDIENTE AL PERIODO OBJETO DE COBRO** | | | **$ 2.487.120** |
| **FECHA DE INICIO CONTRATO** | **2025/01/01** | **FECHA DE TERMINACIÓN CONTRATO:** | | | **2026/01/15** |
| **PERIODO OBJETO DE COBRO:** | **DEL 2025/12/01 AL 2025/12/31** | | | | |

*CHRISTIAN JAVIER DURAN SALAMANCA*
*PS_2316_2025_AEE98B*

**NOMBRE Y FIRMA DEL CONTRATISTA:**
**CHRISTIAN JAVIER DURAN SALAMANCA**
**CC: 1031135842**
**CEL: 3212432236**

| | | |
|---|---|---|
| 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**<br>**APOYO - GESTION DE CONTRATACIÓN**<br>**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<br>**VERSIÓN:** 2<br>**FECHA:** 2025-06-09 |

| | | | |
|---|---|---|---|
| **CELEBRADO ENTRE LA SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E Y** | | | |
| **CHRISTIAN JAVIER DURAN SALAMANCA** | | | |
| | **CON C.C N°** | **1.031.135.842** | |
| **OBJETO DEL CONTRATO:** | PRESTAR SERVICIOS DE BACHILLER COMO CAMILLERO 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 2316 2025** | **FECHA INICIO CONTRATO** | **2025/01/01** |
| **VALOR INICIAL DEL CONTRATO** | $ 7.403.520 | **No. HORAS EJECUTADAS** | **258** |
| **VALOR TOTAL DEL CONTRATO INCLUIDO ADICIONES:** | $ 34.183.440 | **VALOR DE HONORARIOS PERÍODO A CERTIFICAR:** | $ 2.487.120 |
| **PLAZO DEL CONTRATO INCLUYENDO PRORROGAS** | TRECE (13) MESES | | |
| **UNIDAD FUNCIONAL DE EJECUCIÓN DE ACTIVIDADES:** | HOSPITAL LA VICTORIA | | |
| **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<br>(Deben ser coherentes con las obligaciones específicas del contrato realizadas durante el mes) |
|---|---|
| 1 | Se recibió y entregó turno de acuerdo a lo acordado con el supervisor y de conformidad al objeto misional de la entidad. |
| 2 | Se realizó el traslado de los pacientes a los servicios, verificando la disponibilidad de la cama, seguridad e integridad del paciente (barandas arriba, oxigeno, protegiendo al paciente del frio, y cuidado de su intimidad) y demás reglamentación establecida por la entidad. |
| 3 | Se trasladaron las muestras biológicas al laboratorio clínico de forma oportuna, garantizando su traslado de forma adecuada. |
| 4 | Se cumplió con el uso adecuado de los elementos de bioseguridad. |
| 5 | Se tramitó la facturación de órdenes de servicio en forma oportuna (laboratorios, ecografías, rayos x, etc.). |
| 6 | Se realizó el traslado de los equipos e insumos a los servicios, velando por la integridad y seguridad de los mismos. |
| 7 | Se respondió por el inventario que me fue asignado, utilizando adecuadamente los equipos y elementos suministrados para llevar a cabo la actividad. |
| 8 | Se realizó la limpieza y desinfección de acuerdo al protocolo institucional, de los elementos y equipos biomédicos asignados. |
| 9 | Se cumplió con, conservar, mantener y garantizar la reserva legal de la historia clínica. |
| 10 | asistí a las reuniones del grupo funcional y capacitaciones programadas por la entidad, de conformidad con mis actividades. |
| 11 | Se informó oportunamente sobre daños de equipos o accidentes ocurridos durante el traslado de pacientes. |
| 12 | Se informó oportunamente al referente del proceso sobre los inconvenientes que se presentaron con pacientes, muestras y equipos. |
| 13 | Se trasladaron los pacientes fallecidos a la morgue y se ubicaron en la nevera destinada para tal fin. |
| 14 | Se realizó traslado de los pacientes a los diferentes exámenes, valoraciones y traslados requeridos de forma oportuna y segura, dentro del ciclo de atención. |
| 15 | Se garantiza un trato con calidez y calidad al paciente, familia y equipo de trabajo, dando una atención humanizada, conservando el respeto por la dignidad humana. |
| 16 | Se participó en las actividades de código rojo, código azul y aplicación de las guías y protocolos de gestión de hemo componentes. |
| 17 | Se realiza diligenciamiento de la hoja de ruta en las diferentes actividades realizadas y se hace entrega del formato debidamente diligenciado de forma semanal a la coordinación de enfermería. |
| 18 | Se realizaron las actividades propias de mi oficio, conforme a al objeto contractual y las necesidades del servicio. |
| 19 | Se apoya en actividades cuando se genera plan de contingencia en diferentes servicios (dispositivos e insumos). |
| 20 | Se cumplió con el uso del uniforme teniendo en cuenta las normas de higiene y bioseguridad de la subred. |

**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 (2025-12-01) AL (2025-12-31)

IV. INFORMACIÓN DE APORTES A SEGURIDAD SOCIAL

| | | | |
|---|---|---|---|
| No. DE PLANILLA: | N° 1077199511 | OPERADOR: | SIMPLE |

| CONCEPTO DEL PAGO | ENTIDAD | FECHA DE PAGO | VALOR PAGADO |
|---|---|---|---|
| SALUD: | FAMISANAR | 2025/12/10 | $ 178.000 |
| PENSIÓN: | PROTECCION | 2025/12/10 | $ 227.800 |
| RIESGOS LABORALES: | SEGUROS BOLIVAR | 2025/12/10 | $ 34.700 |
| OTRO | | | |
| TOTAL PAGADO | | | $ 440.500 |

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** | *CHRISTIAN JAVIER DURAN SALAMANCA*<br>*PS_2316_2025_AEE98B*<br>**CHRISTIAN JAVIER DURAN SALAMANCA**<br>**CC: 1031135842** |
| **FIRMA DE QUIEN VALIDA** | *MARIA ANGELICA SAENZ JIMENEZ*<br>*PS_2316_2025_AEE98B*<br>**MARIA ANGELICA SAENZ JIMENEZ**<br>**SUPERVISOR ALTERNO** |
| **FIRMA DE QUIEN CONVALIDA EL CUMPLIMIENTO DE LAS OBLIGACIONES PARA EL PRESENTE PERIODO DE PAGO** | *NATALY DUQUE SALAZAR*<br>*PS_2316_2025_AEE98B*<br>**NATALY DUQUE SALAZAR**<br>**SUPERVISOR DEL CONTRATO** |

# PAGOSIMPLE | AUTOLIQUIDACION CONSOLIDADA

**Fecha creación reporte:** 2025-12-10, 02:10:49 PM **Tipo Planilla:** I: PLANILLA INDEPENDIENTES **Numéro Planilla:** 1077199511

**Periodo Cotización:** noviembre de 2025 **Periodo Servicio:** noviembre de 2025 **Referencia pago (PIN):** 8839206350

## PAGADO 10/12/2025

### I. DATOS DEL APORTANTE

| | | | |
|---|---|---|---|
| **Razón Social** | CHRISTIAN JAVIER DURAN SALAMANCA | | |
| **Documento** | CC1031135842 | **Dirección** | CR 12A #32 F - 20 SUR |
| **Tipo de Empresa** | INDEPENDIENTE | **Teléfono** | 3212432236 |
| **Tipo Persona** | NATURAL | **Forma Presentación** | ÚNICO |
| **Ciudad** | BOGOTA D.C. | **Departamento** | BOGOTA D.C. |
| **Representante Legal** | | **Identificación** | |
| **Total Afiliados** | 1 | **ARP** | SEGUROS BOLIVAR |

### II. DETALLE DEL APORTANTE

| Datos del Afiliado | | | | Novedades | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | Pensiones | | | Salud | | | Riesgos | | | Cajas | | | Parafiscales | | | | | Total |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| Identificación | Apellidos y Nombres | Tipo Cotizante | Subtipo Cotizante | ING | RET | RET P | TDE | TAE | TDP | TAP | VSP | COR | VST | SLN | IGE | LMA | VAC | AVP | VCT | IRP | Días APP | Días EPS | Días ARP | Días CCF | Administradora | IBC Pensión | Aporte Pensión | Administradora | IBC Salud | Aporte Salud | Tarifa | IBC Riesgos | Aporte Riesgos | Administradora | IBC Caja | Aporte Caja | Aporte SENA | Aporte ICBF | ESAP | Aporte Ministerio | Total |
| CC 1031135842 | CHRISTIAN JAVIER DURAN SALAMANCA | 59 | 00 | | | | | | | | | | | | | | | | | 0 | 30 | 30 | 30 | 0 | (230201) PROTECCION | $ 1.423.500 | $ 227.800 | (EPS017) FAMISANAR EPS | $ 1.423.500 | $ 178.000 | 2,436 | $ 1.423.500 | $ 34.700 | (NIN-CC) NINGUNA CCF | $ 0 | $ 0 | $ 0 | $ 0 | $ 0 | $ 0 | $ 0 | $ 440.500 |

### III.TOTALES

| IBC Pensión | IBC Salud | IBC Riesgos | IBC Cajas | Aportes Pensión | Aportes Salud | Aportes Riesgos | Aportes Cajas | Aportes Sena | Aportes ICBF | Aportes ESAP | Aportes Min Educación | (Incapacidades, Licencias, Saldos a Favor) EPS | Incapacidades ARP | SUBTOTAL SIN INTERESES DE MORA | TOTAL INTERESES DE MORA | TOTAL FINAL |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| $ 1.423.500 | $ 1.423.500 | $ 1.423.500 | $ 0 | $ 227.800 | $ 178.000 | $ 34.700 | $ 0 | $ 0 | $ 0 | $ 0 | $ 0 | $ 0 | $ 0 | $ 440.500 | $ 0 | $ 440.500 |



**Líneas de Servicio FonoSIMPLE: Bogotá 601 4446634 - Cali: 602 5540577 - Medellín: 604 5146669 - Bucaramanga: 607 6438000 - Cartagena: 605 6945444 - Pereira: 606 3402582 - Barranquilla: 605 3618850 - Resto del País: 018000 971 971 - ¡Más que Fácil, SIMPLE!**

¡El Poder de lo SIMPLE!

**Antes de imprimir, asegúrese que sea realmente necesario. Proteger el medio ambiente está en nuestras manos.**

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

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? Si 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 2316 2025 CUENTA DE COBRO ENERO 2025 (21).pdf | PS 2316 2025 CUENTA DE COBRO ENERO 2025 (21).pdf | Comprador | Descargar | Detalle |
| ☐ | PS 2316 2025 CUENTA DE COBRO FEBRERO 2025 (34).pdf | PS 2316 2025 CUENTA DE COBRO FEBRERO 2025 (34).pdf | Comprador | Descargar | Detalle |
| ☐ | PS 2316 2025 CUENTA DE COBRO MARZO 2025 (27).pdf | PS 2316 2025 CUENTA DE COBRO MARZO 2025 (27).pdf | Comprador | Descargar | Detalle |
| ☐ | PS 2316 2025 CUENTA DE COBRO ABRIL 2025 (20).pdf | PS 2316 2025 CUENTA DE COBRO ABRIL 2025 (20).pdf | Comprador | Descargar | Detalle |
| ☐ | PS 2316 2025 CUENTA DE COBRO MAYO 2025 (13).pdf | PS 2316 2025 CUENTA DE COBRO MAYO 2025 (13).pdf | Comprador | Descargar | Detalle |
| ☐ | 1 PS 2316 2025 CRP-6809.pdf | 1 PS 2316 2025 CRP-6809.pdf | Comprador | Descargar | Detalle |
| ☐ | 2 PS 2316 2025 CRP-13607.pdf | 2 PS 2316 2025 CRP-13607.pdf | Comprador | Descargar | Detalle |
| ☐ | PS 2316 2025 CUENTA DE COBRO JUNIO 2025 (20).pdf | PS 2316 2025 CUENTA DE COBRO JUNIO 2025 (20).pdf | Comprador | Descargar | Detalle |
| ☐ | PS 2316 2025 CUENTA DECOBRO JULIO.pdf | PS 2316 2025 CUENTA DECOBRO JULIO.pdf | Proveedor | Descargar | Detalle |
| ☐ | 3 PS 2316 2025 CRP-17878.pdf | 3 PS 2316 2025 CRP-17878.pdf | Comprador | Descargar | Detalle |
| ☐ | PS 2316 2025 CUENTA DE COBRO AGOSTO 2025.pdf | PS 2316 2025 CUENTA DE COBRO AGOSTO 2025.pdf | Proveedor | Descargar | Detalle |
| ☐ | PS 2316 2025 CUENTA DE COBRO SEPTIEMBRE 2025.pdf | PS 2316 2025 CUENTA DE COBRO SEPTIEMBRE 2025.pdf | Proveedor | Descargar | Detalle |
| ☐ | PS 2316 2025 CUENTA DE COBRO OCTUBRE 2025.pdf | PS 2316 2025 CUENTA DE COBRO OCTUBRE 2025.pdf | Proveedor | Descargar | Detalle |
| ☐ | PS 2316 2025 CUENTA DE COBRO NOVIEMBRE 2025.pdf | PS 2316 2025 CUENTA DE COBRO NOVIEMBRE 2025.pdf | Proveedor | Descargar | Detalle |

Borrar Cargar nuevo

Cancelar

< Evaluación de la Entidad Estatal >