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: (31-01-2026)					
NOMBRES Y APELLIDOS:	**YEIMY ASTRID SALAMANCA BARON**			**CC:**	**1073673110**
CORREO ELECTRÓNICO:	**YEYES_.2@HOTMAIL.COM**			**TELÉFONO:**	**3132751949**
DIRECCIÓN DOMICILIO:	**CL 1 BIS A 9 60 E**			**CIUDAD:**	**BOGOTA**
BANCO AL CUAL CONSIGNAR:	**BANCO DAVIVIENDA S.A.**	**TIPO DE CUENTA:**	**AHORROS**	**N° CUENTA:**	**004800419857**
DATOS DEL CONTRATO O ADICION Y PERIODO OBJETO DE PAGO					
Nº DEL CONTRATO:	**PS 4197 2025**	**VALOR CORRESPONDIENTE AL PERIODO OBJETO DE COBRO**			**$ 1.469.160**
FECHA DE INICIO CONTRATO	**2025/01/03**	**FECHA DE TERMINACIÓN CONTRATO:**			**2026/01/31**
PERIODO OBJETO DE COBRO:	**DEL 2026/01/01 AL 2026/01/31**				

YEIMY ASTRID SALAMANCA BARON
PS_4197_2025_10EF71

NOMBRE Y FIRMA DEL CONTRATISTA:
YEIMY ASTRID SALAMANCA BARON
CC: 1073673110
CEL: 3132751949

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			
YEIMY ASTRID SALAMANCA BARON			
	CON C.C N°	**1.073.673.110**	
OBJETO DEL CONTRATO:	PRESTAR SERVICIOS TECNICOS COMO AUXILIAR DE ENFERMERIA (AMBULANCIA) PARA DESARROLLAR ACTIVIDADES EN LA DIRECCION DE URGENCIAS DE LA SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E.		
CONTRATO DE PRESTACION DE SERVICIOS PROFESIONALES No.	**PS 4197 2025**	**FECHA INICIO CONTRATO**	**2025/01/03**
VALOR INICIAL DEL CONTRATO	$ 10.684.800	**No. HORAS EJECUTADAS**	**132**
VALOR TOTAL DEL CONTRATO INCLUIDO ADICIONES:	$ 28.047.600	**VALOR DE HONORARIOS PERÍODO A CERTIFICAR:**	$ 1.469.160
PLAZO DEL CONTRATO INCLUYENDO PRORROGAS	TRECE (13) MESES		
UNIDAD FUNCIONAL DE EJECUCIÓN DE ACTIVIDADES:	HOSPITAL SAN BLAS		
NOMBRE DEL SUPERVISOR:	JOHON JAIRO RODRIGUEZ APONTE		

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	.Recibí y entregue turno de acuerdo a los protocolos de la entidad
2	.Controlé los signos vitales de cada uno de los pacientes trasladados con la periodicidad requerida según condición clínica informando al medico y enfermera las alteraciones encontradas y registrándolos en la historia clínica del traslado.
3	.Orienté a los familiares de los pacientes para exámenes diagnostico de acuerdo con los protocolos de manejo y tecnología requerida, según normas establecidas para cada procedimiento
4	.Realicé actividades propias del cuidado de enfermería previniendo acciones inseguras en la prestación de servicios de salud
5	.Notifiqué inmediatamente las acciones inseguras ocurridos a sus pacientes al medico de turno, jefe inmediato y en el aplicativo dispuesto para ello.
6	.Informé al profesional de enfermería o al medico tratante, sobre los cambios del estado clínico de los pacientes en forma oportuna y adecuada.
7	.Realicé la lista de chequeo, verificando cumplimiento de requerimiento de los pacientes que van a ser trasladados
8	.Realicé los registros clínicos en forma oportuna, diligenciando todas las casillas correctamente, entregando el soporte en un termino no mayor a 24 horas en el área correspondiente.
9	.Cumplí las normas institucionales de bioseguridad, vigilancia epidemiológica, gestión ambiental, salud ocupacional y demás políticas institucionales
10	.Respondí por los inventarios, conservación y uso adecuado de los equipos, elementos e insumos, al igual que el cuidado de la camilla de la móvil
11	.Realicé seguimiento de inventario y diligenciamiento del formato mi-ur-ft-032 ambulancia básica y mi-ur-ft-033 ambulancia medicalizada, los 7 primeros días de cada mes
12	Cumplí con los procesos, procedimientos, guías y demás normas definidas por la entidad.
13	.Realicé la desinfección y registre en los formatos institucionales, aseo rutinario por turno y fines de semana desinfección terminal
14	.Solicité en farmacia los insumos utilizados por el paciente durante el traslado.
15	.Recibí y entregue el paciente al profesional de enfermería del servicio correspondiente de acuerdo a la unidad de origen y de destino.
16	.Utilicé un vestuario acorde a mis actividades contractuales como uniforme
17	.Ofrecí trato con calidez y calidad al paciente y la familia, dando una atención humanizada.
18	.Informé al paciente y a la familia sobre los cuidados específicos de acuerdo a la situación clínica del paciente.
19	.Mantuve en reserva de la historia clínica de los pacientes
20	.Realicé las actividades propias de la profesión de conformidad con las normas y reglamentos de acuerdo al objeto contractual y las necesidades del servicio.
21	.Notifiqué el inicio y culminación de actividades al proceso de referencia y al equipo de traslado de la central de referencia por los medios de comunicación establecidos
22	.Recibí y entregue las novedades y el vehículo asignado para cumplir las obligaciones contractuales
23	.Conocí y cumplí con la política de seguridad del paciente, reporte los evento adversos e incidentes y acciones de mejora
24	.Utilicé el teléfono institucional para tramites de despacho y dando un buen uso.
25	.Cumplí con las recomendaciones de la al en las actividad contractuales que lo clasifique como riesgo 4 o 5.
26	.Asistí y participe en las capacitaciones, socializaciones, que se programaron desde la entidad
27	.Realicé las actividades delegadas por e supervisor del contrato

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 (2026-01-01) AL (2026-01-31)

IV. INFORMACIÓN DE APORTES A SEGURIDAD SOCIAL

No. DE PLANILLA:	N° 92503064	OPERADOR:	MI PLANILLA

CONCEPTO DEL PAGO	ENTIDAD	FECHA DE PAGO	VALOR PAGADO
SALUD:	SANITAS	2026/01/26	$ 180.200
PENSIÓN:	PROTECCION	2026/01/26	$ 230.600
RIESGOS LABORALES:	SEGUROS BOLIVAR	2026/01/26	$ 0
OTRO			
TOTAL PAGADO			$ 410.800

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	*YEIMY ASTRID SALAMANCA BARON* *PS_4197_2025_10EF71* **YEIMY ASTRID SALAMANCA BARON** **CC: 1073673110**
FIRMA DE QUIEN CONVALIDA EL CUMPLIMIENTO DE LAS OBLIGACIONES PARA EL PRESENTE PERIODO DE PAGO	*JOHON JAIRO RODRIGUEZ APONTE* *PS_4197_2025_10EF71* **JOHON JAIRO RODRIGUEZ APONTE** **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	1073673110	YEIMY ASTRID SALAMANCA BARON	calle 1 bis a 9-50	3338379	yeyes_.21@hotmail.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
					1	0
PERIODO SALUD	PERIODO PENSIONES				TOTAL A PAGAR	
2025-12	2025-12	I	26/01/2026	92503064	$410.800	

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					
EPS005	Sanitas EPS	800251440-6	178.000	0		0		0	20	2.200	0	180.200	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
230201	Proteccion (ING + Proteccion)	800229739-0	227.800	0	0	0	0	20	2.800	0	230.600	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

TOTALES PARAFISCALES

Valor Aporte	Días Mora	Valor Mora Aporte	Total a Pagar	No. Afiliados
SENA				
0	20	0	0	0
ICBF				
0	20	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	178.000	180.200
Pensión	1	227.800	230.600
Riesgos Laborales	0	0	0
CCF	0	0	0
ESAP	0	0	0
ICBF	0	0	0
MEN	0	0	0
SENA	0	0	0
TOTALES	2	405.800	410.800

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	EXONERADO PAGO PARAFISCALES Y SALUD
CC	1073673110	YEIMY ASTRID SALAMANCA BARON		calle 1 bis a 9-50	3338379	yeyes_.21@hotmail.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
					1	0
PERIODO SALUD	PERIODO PENSIONES				TOTAL A PAGAR	
2025-12	2025-12	I	26/01/2026	92503064	$410.800	

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	1073673110	SALAMANCA BARON YEIMY ASTRID	3	0			N																	230201	1.423.500	227.800	0	0	0	0	EPS005	1.423.500	178.000		0		0		0	0	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 4197 2025 CUENTA DE COBRO ENERO 2025.pdf	PS 4197 2025 CUENTA DE COBRO ENERO 2025.pdf	Comprador	Descargar	Detalle
	PS 4197 2025 CTA COBRO FEBRERO 2025.pdf (Archivado)	PS 4197 2025 CTA COBRO FEBRERO 2025.pdf	Comprador	Descargar	Detalle
	PS 4197 2025 CUENTA DE COBRO MARZO 2025.pdf (Archivado)	PS 4197 2025 CUENTA DE COBRO MARZO 2025.pdf	Comprador	Descargar	Detalle
☐	NC11 URGENCIAS CAMBIO SUPERVISOR 27-03-2025.zip	NC11 URGENCIAS CAMBIO SUPERVISOR 27-03-2025.zip	Comprador	Descargar	Detalle
☐	PS 4197 2025 COMUNICACIÓN SUPERVISOR 27-03-2025.pdf	PS 4197 2025 COMUNICACIÓN SUPERVISOR 27-03-2025.pdf	Comprador	Descargar	Detalle
☐	PS 4197 2025 CTA COBRO MARZO 2025-1.pdf	PS 4197 2025 CTA COBRO MARZO 2025-1.pdf	Comprador	Descargar	Detalle
☐	PS 4197 2025 CTA COBRO FEBRERO 2025-1.pdf	PS 4197 2025 CTA COBRO FEBRERO 2025-1.pdf	Comprador	Descargar	Detalle
☐	PS 4197 2025 CTA DE COBRO ABRIL 2025.pdf	PS 4197 2025 CTA DE COBRO ABRIL 2025.pdf	Comprador	Descargar	Detalle
	PS 4197 2025 CUENTA DE COBRO MAYO 2025.pdf (Archivado)	PS 4197 2025 CUENTA DE COBRO MAYO 2025.pdf	Comprador	Descargar	Detalle
	PS 4197 2025 CUENTA DE COBRO MAYO DE 2025.pdf (Archivado)	PS 4197 2025 CUENTA DE COBRO MAYO DE 2025.pdf	Comprador	Descargar	Detalle
☐	PS 4197 2025 CUENTA COBRO MAYO 2025.pdf	PS 4197 2025 CUENTA COBRO MAYO 2025.pdf	Comprador	Descargar	Detalle
☐	PS 4197 2025 CUENTA DE COBRO JUNIO 2025.pdf	PS 4197 2025 CUENTA DE COBRO JUNIO 2025.pdf	Comprador	Descargar	Detalle
☐	2 PS 4197 2025 CRP-15121.pdf	2 PS 4197 2025 CRP-15121.pdf	Comprador	Descargar	Detalle
☐	1 PS 4197 2025 CRP-7480.pdf	1 PS 4197 2025 CRP-7480.pdf	Comprador	Descargar	Detalle
☐	COMUNICACION SUPERVISOR PS 4197 2025 16-07-2025.pdf	COMUNICACION SUPERVISOR PS 4197 2025 16-07-2025.pdf	Comprador	Descargar	Detalle
☐	3 PS 4197 2025 CRP-19242.pdf	3 PS 4197 2025 CRP-19242.pdf	Comprador	Descargar	Detalle
☐	PS 4197 2025 ADI No. 3 PRO No. 3.pdf planilla	88361628 (1)(1).pdf	Proveedor	Descargar	Detalle
☐	4197 CUENTA DE COBRO OCTUBRE 2025	61f461c2-d791-4bc7-b811-622fa11a5551.PDF	Proveedor	Descargar	Detalle
☐	PS 4197 2025 CUENTA DE COBRO NOVIEMBRE 2025.pdf	PS 4197 2025 CUENTA DE COBRO NOVIEMBRE 2025.pdf	Proveedor	Descargar	Detalle
☐	PS 4197 2025 CUENTA DE COBRO DICIEMBRE 2025.pdf	PS 4197 2025 CUENTA DE COBRO DICIEMBRE 2025.pdf	Proveedor	Descargar	Detalle

Borrar Cargar nuevo

Cancelar < Evaluación de la Entidad Estatal >