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: (31-07-2026)					
NOMBRES Y APELLIDOS:	**FRANK ANIBAL SALGADO MOLINA**			**CC:**	**1032388049**
CORREO ELECTRÓNICO:	**salgado895@hotmail.com**			**TELÉFONO:**	**3246869989**
DIRECCIÓN DOMICILIO:	**TRANSVERSAL 65 # 59-35 SUR**			**CIUDAD:**	**BOGOTA**
BANCO AL CUAL CONSIGNAR:	**BANCO DAVIVIENDA S.A.**	**TIPO DE CUENTA:**	**AHORROS**	**N° CUENTA:**	**488451383175**
DATOS DEL CONTRATO O ADICION Y PERIODO OBJETO DE PAGO					
Nº DEL CONTRATO:	**PS 2901 2026**	**VALOR CORRESPONDIENTE AL PERIODO OBJETO DE COBRO**			**$ 2.554.500**
FECHA DE INICIO CONTRATO	**2026/02/01**	**FECHA DE TERMINACIÓN CONTRATO:**			**2026/07/31**
PERIODO OBJETO DE COBRO:	**DEL 2026/07/01 AL 2026/07/31**				

FRANK ANIBAL SALGADO MOLINA
PS_2901_2026_7502A8

NOMBRE Y FIRMA DEL CONTRATISTA:
FRANK ANIBAL SALGADO MOLINA
CC: 1032388049
CEL: 3246869989

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			
FRANK ANIBAL SALGADO MOLINA			
	CON C.C N°	**1.032.388.049**	
OBJETO DEL CONTRATO:	PRESTAR SERVICIOS COMO AUXILIAR DE ENFERMERIA PARA DESARROLLAR ACTIVIDADES EN LA DIRECCION DE SERVICIOS DE URGENCIAS DE LA SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E.		
CONTRATO DE PRESTACION DE SERVICIOS PROFESIONALES No.	**PS 2901 2026**	**FECHA INICIO CONTRATO**	**2026/02/01**
VALOR INICIAL DEL CONTRATO	$ 9.746.400	**No. HORAS EJECUTADAS**	**195**
VALOR TOTAL DEL CONTRATO INCLUIDO ADICIONES:	$ 14.619.600	**VALOR DE HONORARIOS PERÍODO A CERTIFICAR:**	$ 2.554.500
PLAZO DEL CONTRATO INCLUYENDO PRORROGAS	SEIS (6) MESES		
UNIDAD FUNCIONAL DE EJECUCIÓN DE ACTIVIDADES:	HOSPITAL SAN BLAS		
NOMBRE DEL SUPERVISOR:	DANIEL ALEXANDER HUERTAS ROJAS		

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	.Realicé el recibo y la entrega de turno conforme a los protocolos vigentes de la entidad, notificando oportunamente al referente de referencia cualquier novedad ocurrida durante la prestación del servicio
2	.Controlé y registré los signos vitales de los pacientes trasladados, informando cualquier alteración al médico receptor del paciente y realizando actividades de enfermería que prevengan acciones inseguras durante la prestación del servicio
3	.Realicé el control, conservación y registro adecuado de los equipos, insumos y camilla de la ambulancia, utilizando los formatos institucionales correspondientes y siguiendo los protocolos establecidos los primeros 7 días del mes, Formatos MI-UR-FT-032 ambulancia básica y MI-UR-FT-033 ambulancia medicalizada
4	.Realicé la elaboración de la historia clínica conforme a la normativa colombiana vigente, de acuerdo con la Resolución 1995 de 1999 y utilizando el Formato de Registro de Atención para Traslado asistencial Secundario (código: MI-UR-FT-017), así como la elaboración de los demás documentos requeridos para el traslado de pacientes, incluyendo el Formato lista de Chequeo Traslado Asistencial (MI-UR-FT-015), asegurando siempre la claridad y exactitud de la información registrada
5	.Realicé la limpieza y desinfección y el registro en los formatos institucionales, efectuar el aseo rutinario por turno, y durante los fines de semana llevar a cabo la desinfección terminal conforme al protocolo establecido y según la patología del paciente
6	.Recibí y entregue el paciente al profesional de enfermería y/o médico del servicio correspondiente, según la unidad de origen y destino, brindando atención adecuada tanto al paciente como a su familia, manteniendo el respeto por la dignidad humana
7	.Di Cumplimiento de la política de seguridad del paciente, así como reportar eventos adversos e incidentes
8	.Asistí y participé en las capacitaciones, socializaciones y espacios técnico-científicos programados por la entidad.
9	.Comuniqué oportunamente al supervisor del contrato cualquier situación que pueda impactar el cumplimiento de las obligaciones contractuales, con el fin de permitir la toma de decisiones adecuadas y garantizar la continuidad en la prestación del servicio
10	.Garanticé el uso correcto y responsable del radio de comunicaciones de la ambulancia, asegurándose de mantener una comunicación constante y fluida con el centro de operaciones o la base. Informar de manera oportuna y precisa cualquier novedad, incidente o situación relevante que ocurra durante la prestación del servicio, tanto al inicio como al final de cada turno, así como durante el desarrollo de las actividades asignadas
11	.Desarrollé las demás actividades relacionadas con el cargo que sean asignadas por el supervisor del contrato. Contenidas en el formato de necesidad de personal que hace parte integral del presente 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 (2026-07-01) AL (2026-07-31)

IV. INFORMACIÓN DE APORTES A SEGURIDAD SOCIAL

No. DE PLANILLA:	N° 9506856476	OPERADOR:	APORTES EN LINEA

CONCEPTO DEL PAGO	ENTIDAD	FECHA DE PAGO	VALOR PAGADO
SALUD:	FAMISANAR	2026/07/15	$ 218.900
PENSIÓN:	PROTECCION	2026/07/15	$ 280.200
RIESGOS LABORALES:	SURA	2026/07/15	$ 0
OTRO			
TOTAL PAGADO			$ 499.100

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	*FRANK ANIBAL SALGADO MOLINA* *PS_2901_2026_7502A8* **FRANK ANIBAL SALGADO MOLINA** **CC: 1032388049**
FIRMA DE QUIEN CONVALIDA EL CUMPLIMIENTO DE LAS OBLIGACIONES PARA EL PRESENTE PERIODO DE PAGO	*DANIEL ALEXANDER HUERTAS ROJAS* *PS_2901_2026_7502A8* **DANIEL ALEXANDER HUERTAS ROJAS** **SUPERVISOR DEL CONTRATO**

aportes en línea

Resumen General de Pago

DATOS GENERALES DEL APORTANTE

Identificación	dv	Razon Social	Clase Aportante	Sucursal Principal	Direccion	Ciudad-Departamento	Teléfono	Exonerado SENA e ICBF
CC 1032388049		SALGADO MOLINA FRANK ANIBAL	INDEPENDIENTE	PRINCIPAL	TRANS 65# 59-35 SUR	BOGOTA-BOGOTA D.E.	4730944	No

DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION

Periodo		Clave		Tipo	Fecha		Pago		
Pensión	Salud	Pago	Planilla	Planilla	Limite	Pago	Banco	Dias Mora	Valor
2026-06	2026-06	479918723	9506856476	I	2026/07/10	2026/07/15	BANCO DAVIVIENDA	5	$501,100

LIQUIDACION DETALLADA DE APORTES

EMPLEADO					PENSION		SALUD				CCF				RIESGOS				PARAFISCALES		
No.	Identificación	Nombres	Codigo	Días	IBC	Aporte	Codigo	Días	IBC	Aporte	Codigo	Días	IBC	Aporte	Codigo	Días	IBC	Aporte	Días	IBC	Aporte
Sucursal: PRINCIPAL (1 Afiliados)					$1,750,905	$280,200			$1,750,905	$218,900			$0	$0			$0	$0		$0	$0
Centro de Trabajo: PRINCIPAL (1 Afiliados)					$1,750,905	$280,200			$1,750,905	$218,900			$0	$0			$0	$0		$0	$0
Ciudad: BOGOTA Depto: BOGOTA D.E. (1 Afiliados)					$1,750,905	$280,200			$1,750,905	$218,900			$0	$0			$0	$0		$0	$0
1	CC	1032388049	SALGADO FRANK	230201	30	$1,750,905	$280,200	EPS017	30	$1,750,905	$218,900		0	$0	$0		0	$0	$0	0	$0	$0
Total		**Afiliados(1)**				$1,750,905	$280,200			$1,750,905	$218,900			$0	$0			$0	$0		$0	$0

aportes en línea

Resumen General de Pago

DATOS GENERALES DEL APORTANTE

Identificación	dv	Razon Social	Clase Aportante	Sucursal Principal	Direccion	Ciudad-Departamento	Teléfono	Exonerado SENA e ICBF
CC 1032388049		SALGADO MOLINA FRANK ANIBAL	INDEPENDIENTE	PRINCIPAL	TRANS 65# 59-35 SUR	BOGOTA-BOGOTA D.E.	4730944	No

DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION

Periodo		Clave		Tipo	Fecha		Pago		
Pensión	Salud	Pago	Planilla	Planilla	Limite	Pago	Banco	Dias Mora	Valor
2026-06	2026-06	479918723	9506856476	I	2026/07/10	2026/07/15	BANCO DAVIVIENDA	5	$501,100

RESUMEN DE PAGO

RIESGO	CODIGO	NIT	DV	AFILIADOS	VALOR LIQUIDADO	INTERESES MORA	SALDOS E INCAPACIDADES	VALOR A PAGAR
AFP (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$280,200	$1,100	$0	$281,300
PROTECCION	230201	800,229,739	0	1	$280,200	$1,100	$0	$281,300
EPS (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$218,900	$900	$0	$219,800
FAMISANAR	EPS017	830,003,564	7	1	$218,900	$900	$0	$219,800
TOTAL				1	$499,100	$2,000	$0	$501,100

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? 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		
☐	CPS 2901 2026 CUENTA DE COBRO FEBRERO 2026.pdf	CPS 2901 2026 CUENTA DE COBRO FEBRERO 2026.pdf	Proveedor	Descargar	Detalle
☐	1 PS 2901 2026 CRP -9677.pdf	1 PS 2901 2026 CRP -9677.pdf	Comprador	Descargar	Detalle
☐	PS 2901 2026 CUENTA DE COBRO MARZO 2026.pdf	PS 2901 2026 CUENTA DE COBRO MARZO 2026.pdf	Proveedor	Descargar	Detalle
☐	PS 2901 2026 CUENTA DE COBRO ABRIL 2026.pdf	PS 2901 2026 CUENTA DE COBRO ABRIL 2026.pdf	Proveedor	Descargar	Detalle
☐	PS 2901 2026 CUENTA DE COBRO MAYO 2026.pdf	PS 2901 2026 CUENTA DE COBRO MAYO 2026.pdf	Proveedor	Descargar	Detalle
☐	PS 2901 2026 CUENTA DE COBRO JUNIO 2026.pdf	PS 2901 2026 CUENTA DE COBRO JUNIO 2026.pdf	Proveedor	Descargar	Detalle

Borrar Cargar nuevo

Cancelar

< Evaluación de la Entidad Estatal >