

- 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

Datos guardados					
Id de pago	Número de factura	Fecha de emisión	Fecha de recepción	Valor total de la factura	Estado
2026 CRP -9417.pdf	1 PS 2565 2026 CRP -9417.pdf	Comprador	Descargar	Detalle	
026 CUENTA DE COBRO FEBRERO	PS 2565 2026 CUENTA DE COBRO FEBRERO 2026.pdf	Proveedor	Descargar	Detalle	
026 CUENTA DE COBRO MARZO	PS 2565 2026 CUENTA DE COBRO MARZO 2026.pdf	Proveedor	Descargar	Detalle	
026 CUENTA DE COBRO ABRIL	PS 2565 2026 CUENTA DE COBRO ABRIL 2026.pdf	Proveedor	Descargar	Detalle	
026 CUENTA DE COBRO MAYO	PS 2565 2026 CUENTA DE COBRO MAYO 2026.pdf	Proveedor	Descargar	Detalle	

2026 CRP -14728.PDF	2 PS 2565 2026 CRP -14728.PDF	Comprador	Descargar	Detalle
026 CUENTA DE COBRO JUNIO	PS 2565 2026 CUENTA DE COBRO JUNIO 2026.pdf	Proveedor	Descargar	Detalle

Borrar

Cargar nuevo

[Ayuda](#)

Español (Colombia) ▼

018000-52-0808 www.colombiacompra.gov.co/soporte Lunes a Viernes 7:00 a.m. a 7:00 p.m.

Datos guardados

DATOS DEL APORTANTE						
TIPO	NÚMERO	NOMBRE APORTANTE		DIRECCIÓN	TELÉFONO	CORREO
PT	5396988	YUNEXY COROMOTO CARVAJAL ROJAS		CALLE 60A SUR # 68-08	14598486	yunexycarvajal905@gmail.com
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 (DÍAS/MES/AÑO)	NÚMERO PLANILLA	FECHA PAGO (DÍAS/MES/AÑO)	CANTIDAD EMPLEADOS	CANTIDAD UPC
		93375045	10/07/2026	1	0
PERIODO SALUD	PERIODO PENSIÓN	TIPO PLANILLA	TOTAL NÓMINA	TOTAL A PAGAR	
2026-06	2026-06	I	\$2,200,000	\$341.800	

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	275.000	0		0		0	0	0	0	275.000	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

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. Autorización	Valor									
14-11	ARL SURA	890903790-5	53.600				53.600	0	0	53.600			536	53.600

TOTALES CAJAS									
Código CCF	Nombre						NIT	Valor Aporte	Días Mora
CCF24	Compensar Caja						860066942-7	13.200	0

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	275.000	275.000
Pensión	0	0	0
Riesgos Laborales	1	53.600	53.600
CCF	1	13.200	13.200
ESAP	0	0	0
ICBF	0	0	0
MEN	0	0	0
SENA	0	0	0
TOTALES	3	341.800	341.800

DATOS DEL APORTANTE						
TIPO	NÚMERO	NOMBRE APORTANTE		DIRECCIÓN	TELÉFONO	CORREO
PT	5396988	YUNEXY COROMOTO CARVAJAL ROJAS		CALLE 60A SUR # 68-08	14598486	yunexycarvajal905@gmail.com
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 (DÍAS/MES/AÑO)	NÚMERO PLANILLA	FECHA PAGO (DÍAS/MES/AÑO)	CANTIDAD EMPLEADOS	CANTIDAD UPC
		93375045	10/07/2026	1	0
PERIODO SALUD	PERIODO PENSIÓN	TIPO PLANILLA	TOTAL NÓMINA	TOTAL A PAGAR	
2026-06	2026-06	I	\$2,200,000	\$341.800	

DETALLE POR COTIZANTE

INFORMACIÓN COTIZANTE							INFORMACIÓN NOVEDADES										PENSIÓN							SALUD				RIESGOS LABORALES				CCF			PARAFISCALES														
No.	Tipo y Número de Identificación	Apellidos y Nombres	Cotizante	Sueldo	Estrategia	Cóten exterior	Incentivos	IND	TIC	TAE	TOP	TAP	VGP	VST	SLN	KSE	LMA	VAC	AVP	VCT	IRL	CORRECCIÓN	Cód. AFP	IBC AFP	Días	Cotización	Voluntario Afiliado	Voluntario Aportante	Fondo pensional de solidaridad	Fondo pensional de subsistencia	Cód. EPS	IBC EPS	Días	Cotización / Valor UPC	Cód. ARL	IBC ARL	Días	Clase de Riesgo	Cotización	Código CCF	IBC CCF	Días	Aporte CCF	IBC otros parafiscales	Aporte SENA	Aporte ICBF	Aporte ESAP	Aporte MEN	
1	PT 5396988	CARVAJAL ROJAS YUNEXY COROMOTO	59	0	X	N	()																	0	0	0	0	0	0	0	0	EPS005	2.200.000	30	275.000	14-11	2.200.000	30	3	53.600	CCF24	2.200.000	30	13.200	0	0	0	0	0

Bogota, 25 de junio de 2024

Señores.

SUBRED CENTRO ORIENTE

Su Despacho



Ante todo reciban un cordial saludo, mediante la presente quiero manifestar que como Ciudadana Extranjera no estoy en la Obligación de cotizar Pensión en conformidad con el artículo 3 de la Ley 797 de 2003 "los extranjeros que en virtud de un contrato de trabajo permanezcan en el país son afiliados voluntarios del Sistema General de Pensiones, siempre y cuando no estén cubiertos por algún régimen de su país de origen o de cualquier otro". Por lo anteriormente expuesto, deseo manifestar de forma libre e irrevocable mi esición de No cotizar pensión, ya que no me encuentro en la obligación de hacerlo.

Sin mas a que hacer referencia me despido de ustedes, en espera de una pronta y favorable respuesta.




Yunexy Coromoto Carvajal Rojas
PPT 5396988
Celular 3136931904
Yunexycarvajal905@gmail.com
Enfermera Jefe



DILIGENCIA DE PRESENTACIÓN PERSONAL
Artículo 2.2.6.1.2.4.1 del Decreto 1069 de 2015



COD 45756

En la ciudad de Bogotá D.C., República de Colombia, el veinticinco (25) de junio de dos mil veinticuatro (2024), en la Notaría cincuenta y siete (57) del Círculo de Bogotá D.C., compareció: YUNEXY COROMOTO CARVAJAL ROJAS, identificado con PPT/Permiso por Protección Temporal 5396988, presentó el documento dirigido a SEÑORES SUBRED CENTRO ORIENTE. y manifestó que la firma que aparece en el presente documento es suya y acepta el contenido del mismo como cierto.

Yunexy



faab2b00

45756-1

----- Firma autógrafa -----

25/06/2024 14:23:53

El compareciente no fue identificado mediante biometría en línea debido a: Ciudadano extranjero.

Acorde a la autorización del usuario, se dio tratamiento legal relacionado con la protección de sus datos personales y las políticas de seguridad de la información establecidas por la Registraduría Nacional del Estado Civil.

Esta Acta se asocia al documento que contiene la siguiente información con destino a: SEÑORES SUBRED CENTRO ORIENTE.



NIBARDO AGUSTIN FUERTES MORALES
Notario (57) del Círculo de Bogotá D.C.

Consulte este documento en <https://notariid.notariasegura.com.co>

Número Único de Transacción: faab2b00, 25/06/2024 14:24:18



DATOS DEL CONTRATISTA					
FECHA DE DILIGENCIAMIENTO: (31-07-2026)					
NOMBRES Y APELLIDOS:	YUNEXY COROMOTO CARVAJAL ROJAS			RUT:	700338287
CORREO ELECTRÓNICO:	YUNEXYCARVAJAL905@GMAIL.COM			TELÉFONO:	3136931904
DIRECCIÓN DOMICILIO:	KR 88 I BIS A 81 30 SUR			CIUDAD:	BOGOTA
BANCO AL CUAL CONSIGNAR:	BANCOLOMBIA	TIPO DE CUENTA:	AHORROS	N° CUENTA:	56700001865
DATOS DEL CONTRATO O ADICION Y PERIODO OBJETO DE PAGO					
N° DEL CONTRATO:	PS 2565 2026	VALOR CORRESPONDIENTE AL PERIODO OBJETO DE COBRO		\$ 4.579.200	
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				



YUNEXY COROMOTO CARVAJAL ROJAS
PS_2565_2026_127565

NOMBRE Y FIRMA DEL CONTRATISTA:
YUNEXY COROMOTO CARVAJAL ROJAS
RUT: 700338287
CEL: 3136931904

CELEBRADO ENTRE LA SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E Y
YUNEXY COROMOTO CARVAJAL ROJAS

CON C.C N°700.338.287

OBJETO DEL CONTRATO:	PRESTAR SERVICIOS COMO ENFERMERO PARA DESARROLLAR ACTIVIDADES EN LA DIRECCION DE SERVICIOS HOSPITALARIOS-ENFERMERIA DE LA SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E.
----------------------	--

CONTRATO DE PRESTACION DE SERVICIOS PROFESIONALES No.	PS 2565 2026	FECHA INICIO CONTRATO	2026/02/01
VALOR INICIAL DEL CONTRATO	\$17.744.400	No. HORAS EJECUTADAS	192
VALOR TOTAL DEL CONTRATO INCLUIDO ADICIONES:	\$35.345.700	VALOR DE HONORARIOS PERÍODO A CERTIFICAR:	\$4.579.200
PLAZO DEL CONTRATO INCLUYENDO PRORROGAS	SEIS (6) MESES		

UNIDAD FUNCIONAL DE EJECUCIÓN DE ACTIVIDADES:	HOSPITAL SANTA CLARA
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 (Deben ser coherentes con las obligaciones específicas del contrato realizadas durante el mes)
1	Se ejecutaron las actividades de acuerdo con la función del perfil profesional de enfermería; 2. Se recibió y entregó turno de acuerdo con el protocolo institucional; 3. Se realizó el plan de cuidado diario de enfermería, su seguimiento y respectiva evaluación de acuerdo con el diagnóstico y necesidades identificadas; 4. Se verificaron las medidas preventivas de eventos adversos, identificando riesgos, garantizando la seguridad del paciente y reportando los eventos adversos presentados; 5. Se administraron y registraron los medicamentos oportunamente, verificando el cuidado directo de los pacientes de acuerdo con los protocolos y guías establecidas; 6. Se supervisaron las actividades del personal auxiliar de enfermería y camilleros, verificando la realización de los procedimientos y el cumplimiento de los registros de enfermería; 7. Se realizó la actualización del kardex y tarjetas de medicamentos de acuerdo con el protocolo institucional; 8. Se controlaron los suministros y existencias de insumos y medicamentos de los pacientes del servicio; 9. Se realizaron las devoluciones al servicio de farmacia de los medicamentos e insumos por paciente antes del egreso y diariamente cuando se requirió; 10. Se participó en forma activa en la revista médica diaria, realizando los aportes correspondientes; 11. Se realizó la asignación de pacientes a cada auxiliar de acuerdo con el número de pacientes, complejidad y necesidades del servicio; 12. Se respondió por los inventarios, conservación y uso adecuado de los equipos, elementos e insumos entregados en el servicio; 13. Se realizó la asignación oportuna de camas en el mapa de camas del sistema de información; 14. Se gestionó y realizó el traslado de pacientes entre servicios de acuerdo con la necesidad, a fin de optimizar el giro cama; 14. Se tramitaron de forma oportuna exámenes de laboratorio, radiología, exámenes especiales y remisiones requeridas por los pacientes a cargo; 15. Se dio cumplimiento a la Resolución 1995 de 1999 y al manual de manejo de historia clínica de la Subred; 16. Se dio cumplimiento a lo establecido en las normas y protocolos institucionales en cuanto al uso del uniforme y elementos de protección dentro de las áreas asignadas; 17. Se dio cumplimiento al protocolo del Carro Paro, verificando secuencia, candados de seguridad, seguimiento, revisión y registros oportunos según formatos establecidos, incluyendo el registro de temperatura y descarga del desfibrilador; 18. Se portó el carné institucional de la Subred durante la ejecución de las actividades contractuales; 19. Se hizo parte del proceso de inducción de forma activa y positiva al personal nuevo; 20. Se realizó la verificación, ejecución y supervisión del protocolo de limpieza y desinfección con el personal a cargo y su respectivo registro; 21. Se ejercieron las actividades propias de la profesión de conformidad con las normas y reglamentos institucionales; 25. Se apoyaron actividades relacionadas con el proceso de acreditación y habilitación de la Subred Integrada de Servicios de Salud Centro Oriente E.S.E.; 27. Se participó en la elaboración de protocolos, manuales y guías del servicio; 30. Se realizaron los registros respectivos y necesarios de la atención del paciente en la historia clínica del sistema de información establecido en la Subred o en formatos físicos cuando se utilizó medio de contingencia; 31. Se brindó educación e información al paciente y cuidadores respecto al cuidado general y normas institucionales; 32. Se cumplió con los protocolos y demás lineamientos institucionales aplicables a la ejecución de las actividades contractuales; 33. Se asistió a jornadas de capacitación, reuniones y eventos presentados en el servicio y en la institución de acuerdo con las actividades contractuales.

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° 93375045	OPERADOR:	MI PLANILLA	
CONCEPTO DEL PAGO	ENTIDAD	FECHA DE PAGO	VALOR PAGADO	
SALUD:	COMPENSAR	2026/07/10	\$ 275.000	
PENSIÓN:	EXTRANJERO	2026/07/10	\$ 320.544	
RIESGOS LABORALES:	SURA	2026/07/10	\$ 53.600	
OTRO				
TOTAL PAGADO			\$ 649.144	

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	<div><div>YUNEXY COROMOTO CARVAJAL ROJAS PS_2565_2026_127565</div></div> <div>YUNEXY COROMOTO CARVAJAL ROJAS RUT: 700338287</div>
FIRMA DE QUIEN VALIDA	<div><div>NESTOR DANIEL SANDOVAL RINCON PS_2565_2026_127565</div></div> <div>NESTOR DANIEL SANDOVAL RINCON SUPERVISOR ALTERNO</div>
FIRMA DE QUIEN CONVALIDA EL CUMPLIMIENTO DE LAS OBLIGACIONES PARA EL PRESENTE PERIODO DE PAGO	<div><div>NATALY DUQUE SALAZAR PS_2565_2026_127565</div></div> <div>NATALY DUQUE SALAZAR SUPERVISOR DEL CONTRATO</div>