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: (31-08-2026)					
NOMBRES Y APELLIDOS:	**YEIMY BALLEN LOZANO**			**CC:**	**1013611322**
CORREO ELECTRÓNICO:	**YEIMYBALLEN1234@GMAIL.COM**			**TELÉFONO:**	**3005573425**
DIRECCIÓN DOMICILIO:	**KR 13 43 23 SUR**			**CIUDAD:**	**BOGOTA**
BANCO AL CUAL CONSIGNAR:	**BANCO DAVIVIENDA S.A.**	**TIPO DE CUENTA:**	**AHORROS**	**N° CUENTA:**	**004870297415**
DATOS DEL CONTRATO O ADICION Y PERIODO OBJETO DE PAGO					
Nº DEL CONTRATO:	**PS 1949 2026**	**VALOR CORRESPONDIENTE AL PERIODO OBJETO DE COBRO**			**$ 2.328.120**
FECHA DE INICIO CONTRATO	**2026/02/03**	**FECHA DE TERMINACIÓN CONTRATO:**			**2026/08/31**
PERIODO OBJETO DE COBRO:	**DEL 2026/08/01 AL 2026/08/31**				

YEIMY BALLEN LOZANO
PS_1949_2026_DFFC78

NOMBRE Y FIRMA DEL CONTRATISTA:
YEIMY BALLEN LOZANO
CC: 1013611322
CEL: 3005573425

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 BALLEN LOZANO			
	CON C.C N°	**1.013.611.322**	
OBJETO DEL CONTRATO:	PRESTAR SERVICIOS COMO BACHILLER APOYO A LA GESTION I PARA DESARROLLAR ACTIVIDADES EN LA OFICINA DE PARTICIPACION COMUNITARIA Y SERVICIO AL CIUDADANO DE LA SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E.		
CONTRATO DE PRESTACION DE SERVICIOS PROFESIONALES No.	**PS 1949 2026**	**FECHA INICIO CONTRATO**	**2026/02/03**
VALOR INICIAL DEL CONTRATO	$ 9.312.480	**No. HORAS EJECUTADAS**	**0**
VALOR TOTAL DEL CONTRATO INCLUIDO ADICIONES:	$ 16.130.546	**VALOR DE HONORARIOS PERÍODO A CERTIFICAR:**	$ 2.328.120
PLAZO DEL CONTRATO INCLUYENDO PRORROGAS	SIETE (7) MESES		
UNIDAD FUNCIONAL DE EJECUCIÓN DE ACTIVIDADES:	HOSPITAL SANTA CLARA		
NOMBRE DEL SUPERVISOR:	ZULMA JANNETH LÓPEZ CUBIDES		

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	1. PARA EL MES DE AGOSTO SE REALIZÓ APOYO EN EL SUB PROCESO DE ASIGNACIÓN DE CITAS LOS DÍAS 4,6,10,12,14,19,21,25,27 DE AGOSTO, ASI COMO LA NOTIFICACIÓN Y LA EXPLICACIÓN DE LAS PREPARACIONES DE LOS USUARIOS QUE LO REQUERÍAN.
2	2. SE REALIZÓ LA GESTIÓN DE 300 REGISTROS EN LAS HERRAMIENTAS DIGITALES ESTABLECIDAS CON CAPITAL SALUD (PREVENTIVO) PARA LA VIGENCIA DEL MES DE AGOSTO DEL AÑO 2026.
3	3. PARA EL MES DE AGOSTO NO SE REALIZARON ENCUESTAS DE SATISFACCIÓN EN LOS USUARIOS.
4	4. PARA EL MES DE AGOSTO NO SE REALIZARON SESIONES EDUCATIVAS EN SALA, PERO SE REALIZÓ EL REGISRO DE 100 USUARIOS ATENDIDOS A TRAVÉS DEL APLICATIVO DISTRITAL SI CUÉNTANOS BOGOTÁ.
5	5. SE REALIZÓ EL REGISTRO DE 100 USUARIOS POR ATENCIONES A TRAVÉS DEL APLICATIVO SI CUÉNTANOS BOGOTÁ CONFORME A LO ESTABLECIDO EN LOS LINEAMIENTOS TECNICOS Y ADMINISTRATIVOS DEFINIDOS PÁGINA 3 DE 2980 SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E APOYO GESTION DE CONTRATACION FORMATO MINUTA CONTRATOS OPS CÓDIGO: AP-IA-FT-076 VERSIÓN: 1 FECHA: 2024-07-04 POR LA OFICINA DE PARTICIPACION COMUNITARIA Y SERVICIO AL CIUDADANO.
6	6. PARA EL MES DE AGOSTO NO SE REALIZARON TALLERES PEDAGÓGICOS EN EL PROCESO DE LA OFICINA DE PARTICIPACIÓN COMUNITARIA Y SERVICIO AL CIUDADANO.
7	REALIZÓ APOYO EN LA ELABORACIÓN DEL INFORME DE GESTIÓN DE PQRSDF DE LA OFICINA DE ENLACES, SUMINISTRANDO LA INFORMACIÓN DE LOS REQUERIMIENTOS GESTIONADOS.
8	8. SE REALIZÓ LA ASIGNACIÓN DE 370 CITAS MÉDICAS A TRAVÉS DEL APLICATIVO INSTITUCIONAL DINÁMICA GERENCIAL EN LA VIGENCIA DEL MES DE AGOSTO DEL AÑO 2026. Y SE REALIZAN 346 LLAMADAS ATRAVES DEL APLICATIVO 3CX PHONE
9	9. SE REALIZÓ LA SOCIALIZACIÓN DEL DERECHO Y EL DEBER DEL MES DE AGOSTO A LOS 370 USUARIOS GESTIONADOS A TRAVÉS DE LA HERRAMIENTA DIGITAL PREVENTIVO.
10	10. SE GARANTIZA LA RESERVA, CONFIDENCIALIDAD, PRIVACIDAD Y PROTECCIÓN DE LOS DATOS PERSONALES E INFORMACIÓN DE LOS PACIENTES Y USUARIOS, DANDO CUMPLIMIENTO A LA NORMATIVIDAD VIGENTE Y A LOS PROTOCOLOS INTERNOS DE LA SUBRED. A TRAVÉS DE LAS RESTRICCIONES Y SISTEMA DE INFORMACIÓN DEL PREVENTIVO.
11	11. SE PARTICIPÓ EN LA REUNIÓN DE FORTALECIMIENTO DE COMPETENCIAS EL DIA 28 DE AGOSTO 2026 DE LA OFICINA DE PARTICIPACIÓN COMUNITARIA Y SERVICIO AL CIUDADANO Y/O POR LA SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E Y CAPACITACIÓN ENTRENAMIENTO BOGOTA SIN BARRERAS, VIRTUAL DE REALIDADES Y DESAFIOS: BIENES Y CUIDADO EL DIA 05 DE AGOSTO Y TRATO DIGNO PAR UN SERVICIO INCLUYENTE EL DIA 26 DE AGOSTO 2026
12	12. PARA EL MES DE AGOSTO SE REALIZÓ APOYO EN EL SUB PROCESO DE ASIGNACIÓN DE CITAS LOS DÍAS 4,6,10,12,14,19,21,25,27, DE AGOSTO, ASI COMO LA NOTIFICACIÓN Y LA EXPLICACIÓN DE LAS PREPARACIONES DE LOS USUARIOS QUE LO REQUERÍAN.
13	13. SE CUMPLIÓ CON LAS OBLIGACIONES ASIGNADAS DE ACUERDO CON LA DEMANDA Y LOS TIEMPOS REQUERIDOS, SEGÚN LAS NECESIDADES DEL SERVICIO.

14	14. SE REALIZÓ EL PORTE DE MANERA VISIBLE LOS ELEMENTOS DE IDENTIFICACIÓN INSTITUCIONAL Y MANTUVE UNA ADECUADA PRESENTACIÓN PERSONAL, EN CUMPLIMIENTO DE LOS MANUALES Y LINEAMIENTOS INSTITUCIONALES.
15	15. SE CUMPLIÓ CON LAS DEMÁS OBLIGACIONES ASIGNADAS EN EL MARCO DE LA EJECUCIÓN DE LOS OBJETOS CONTRACTUALES Y DIRECCIONADOS POR EL REFERENTE Y EL JEFE DE OFICINA.

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 (2026-08-01) AL (2026-08-31)

IV. INFORMACIÓN DE APORTES A SEGURIDAD SOCIAL

No. DE PLANILLA:	N° 87159988	OPERADOR:	ENLACE OPERATIVO

CONCEPTO DEL PAGO	ENTIDAD	FECHA DE PAGO	VALOR PAGADO
SALUD:	SALUD TOTAL	2026/08/28	$ 218.900
PENSIÓN:	PROTECCION	2026/08/28	$ 280.200
RIESGOS LABORALES:	SURA	2026/08/28	$ 42.700
OTRO			
TOTAL PAGADO			$ 541.800

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 BALLEN LOZANO* *PS_1949_2026_DFFC78* **YEIMY BALLEN LOZANO** **CC: 1013611322**
FIRMA DE QUIEN VALIDA	*MARÍA CAROLINA PINILLA JIMÉNEZ* *PS_1949_2026_DFFC78* **MARÍA CAROLINA PINILLA JIMÉNEZ** **SUPERVISOR ALTERNO**

FIRMA DE QUIEN CONVALIDA EL CUMPLIMIENTO DE LAS OBLIGACIONES PARA EL PRESENTE PERIODO DE PAGO	*ZULMA JANNETH LÓPEZ CUBIDES* *PS_1949_2026_DFFC78* **ZULMA JANNETH LÓPEZ CUBIDES** **SUPERVISOR DEL CONTRATO**

SuAporte | AUTOLIQUIDACION CONSOLIDADA

Fecha creación reporte: 2026-09-24, 08:30:51 AM **Tipo Planilla:** I: PLANILLA INDEPENDIENTES **Numéro Planilla:** 87159988

Periodo Cotización: julio de 2026 **Periodo Servicio:** julio de 2026

PAGADO 28/08/2026

I. DATOS DEL APORTANTE

Razón Social	YEIMY BALLEN LOZANO		
Documento	CC1013611322	**Dirección**	CR 12 #41 - 23 SUR
Tipo de Empresa	INDEPENDIENTE	**Teléfono**	0
Tipo Persona	NATURAL	**Forma Presentación**	ÚNICO
Ciudad	BOGOTA D.C.	**Departamento**	BOGOTA D.C.
Representante Legal		**Identificación**	
Total Afiliados	1	**ARP**	ARL SURA

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 AFP	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 1013611322	YEIMY BALLEN LOZANO	59	00																	0	30	30	30	0	(230201) PROTECCION	$ 1.750.905	$ 280.200	(EPS002) SALUD TOTAL EPS	$ 1.750.905	$ 218.900	2,436	$ 1.750.905	$ 42.700	(NIN-CC) NINGUNA CCF	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 541.800

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
$ 1.750.905	$ 1.750.905	$ 1.750.905	$ 0	$ 280.200	$ 218.900	$ 42.700	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 541.800	$ 7.500	$ 549.300

Enlace Operativo – Línea Expertos en PILA: Barranquilla (605) 385 24 44 · Bogotá (601) 742 44 88 · Bucaramanga (607) 697 87 27 · Cali (602) 485 94 44 · Cartagena (605) 693 77 27 · Pereira (606) 340 13 27 · Manizales (606) 892 80 27 · Medellín (604) 604 27 27 ·
Desde otras ciudades: 01 8000 51 99 77 · WhatsApp: 3164416952

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