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:	**YAREM VALENTINA GONZALES ZAMORA**			**CC:**	**1010135362**
CORREO ELECTRÓNICO:	**YAREMGONZALES5@GMAIL.COM**			**TELÉFONO:**	**3223439086**
DIRECCIÓN DOMICILIO:	**CL 49D 5C 24 SUR**			**CIUDAD:**	**BOGOTA**
BANCO AL CUAL CONSIGNAR:	**BANCO CAJA SOCIAL**	**TIPO DE CUENTA:**	**AHORROS**	**N° CUENTA:**	**24138009782**
DATOS DEL CONTRATO O ADICION Y PERIODO OBJETO DE PAGO					
Nº DEL CONTRATO:	**PS 2082 2026**	**VALOR CORRESPONDIENTE AL PERIODO OBJETO DE COBRO**			**$ 2.352.900**
FECHA DE INICIO CONTRATO	**2026/02/01**	**FECHA DE TERMINACIÓN CONTRATO:**			**2026/08/31**
PERIODO OBJETO DE COBRO:	**DEL 2026/08/01 AL 2026/08/31**				

YAREM VALENTINA GONZALES ZAMORA
PS_2082_2026_8FE9E3

NOMBRE Y FIRMA DEL CONTRATISTA:
YAREM VALENTINA GONZALES ZAMORA
CC: 1010135362
CEL: 3223439086

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			
YAREM VALENTINA GONZALES ZAMORA			
	CON C.C N°	**1.010.135.362**	
OBJETO DEL CONTRATO:	PRESTAR SERVICIOS COMO AUXILIAR DE ENFERMERIA PARA DESARROLLAR ACTIVIDADES EN LA DIRECCION DE SERVICIOS AMBULATORIOS DE LA SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E.		
CONTRATO DE PRESTACION DE SERVICIOS PROFESIONALES No.	**PS 2082 2026**	**FECHA INICIO CONTRATO**	**2026/02/01**
VALOR INICIAL DEL CONTRATO	$ 9.411.600	**No. HORAS EJECUTADAS**	**186**
VALOR TOTAL DEL CONTRATO INCLUIDO ADICIONES:	$ 16.470.300	**VALOR DE HONORARIOS PERÍODO A CERTIFICAR:**	$ 2.352.900
PLAZO DEL CONTRATO INCLUYENDO PRORROGAS	SIETE (7) MESES		
UNIDAD FUNCIONAL DE EJECUCIÓN DE ACTIVIDADES:	CARCEL DISTRITAL		
NOMBRE DEL SUPERVISOR:	GUILLERMO RUBIO GUIZA		

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	APOYAR ACTIVIDADES COMPLEMENTARIAS DE ATENCIÓN, COMO SON: TOMA DE LABORATORIOS DE PRIMER NIVEL, INYECTOLOGÍA, ENTREGA DE MEDICAMENTOS BÁSICOS, CURACIONES Y PROGRAMA DE CRÓNICOS, ENTRE OTROS.
2	APOYAR LA REALIZACIÓN DE ACTIVIDADES DE PREVENCIÓN, ATENCIÓN Y SEGUIMIENTO A LAS PERSONAS PRIVADAS DE LA LIBERTAD, EN TEMAS RELACIONADOS A LAS PATOLOGÍAS PRINCIPALES, DE ACUERDO A PERFIL EPIDEMIOLÓGICO, SALUD MENTAL Y CONSUMO DE SUSTANCIAS PSICOACTIVAS.
3	APOYAR LA REALIZACIÓN CHARLAS EDUCATIVAS EN TEMAS DE SALUBRIDAD Y AUTOCUIDADO, DETECCIÓN DE SINTOMÁTICOS RESPIRATORIOS Y APLICACIÓN DE PRUEBAS RÁPIDAS PARA DETECCIÓN DE VIH Y SÍFILIS.
4	APOYAR DURANTE EL TRÁMITE DE EGRESO DEL PRIVADO DE LA LIBERTAD, LA ENTREGA DE MEDICAMENTOS Y/O DOCUMENTACIÓN IMPORTANTE DE SALUD, PARA LA REALIZACIÓN DE PROCEDIMIENTOS QUIRÚRGICOS, CITA(S) POR ESPECIALISTA(S) Y TERAPIA(S) QUE SE ENCUENTRE(N) EN TRÁMITE.
5	REALIZAR RECORRIDO POR EL ÁREA DE PROTECCIÓN Y SEGURIDAD VALORANDO AL PERSONAL PRIVADO DE LIBERTAD QUE SE ENCUENTRE SEGREGADO POR MOTIVOS DE SALUD.
6	GARANTIZAR LA PRESTACIÓN DEL SERVICIO DE SALUD EN SITUACIONES DE URGENCIAS MÉDICAS, CRISIS Y CONTINGENCIAS DE SALUD, EN LAS CONSOLAS POR PRIMER Y SEGUNDO PISO.
7	APOYAR EL EXAMEN MÉDICO EL DÍA DEL INGRESO DE LAS PERSONAS PRIVADAS DE LA LIBERTAD.

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° 9508579947	OPERADOR:	APORTES EN LINEA
CONCEPTO DEL PAGO	ENTIDAD	FECHA DE PAGO	VALOR PAGADO
SALUD:	SANITAS	2026/08/12	$ 218.900

PENSIÓN:	COLPENSIONES	2026/08/12	$ 280.200
RIESGOS LABORALES:	SEGUROS BOLIVAR	2026/08/12	$ 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	*YAREM VALENTINA GONZALES ZAMORA* *PS_2082_2026_8FE9E3* **YAREM VALENTINA GONZALES ZAMORA** **CC: 1010135362**
FIRMA DE QUIEN CONVALIDA EL CUMPLIMIENTO DE LAS OBLIGACIONES PARA EL PRESENTE PERIODO DE PAGO	*GUILLERMO RUBIO GUIZA* *PS_2082_2026_8FE9E3* **GUILLERMO RUBIO GUIZA** **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 1010135362		GONZALES ZAMORA YAREM VALENTINA	INDEPENDIENTE	PRINCIPAL	calle 49d #5c-24 sur	BOGOTA-BOGOTA D.E.	3223439086	No

DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION

Periodo		Clave		Tipo	Fecha		Pago		
Pensión	Salud	Pago	Planilla	Planilla	Limite	Pago	Banco	Dias Mora	Valor
2026-07	2026-07	559626957	9508579947	I	2026/08/18	2026/08/12	NEQUI	0	$527,600

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			$1,423,500	$28,500			$0	$0		$0	$0
Centro de Trabajo: PRINCIPAL (1 Afiliados)					$1,750,905	$280,200			$1,750,905	$218,900			$1,423,500	$28,500			$0	$0		$0	$0
Ciudad: BOGOTA Depto: BOGOTA D.E. (1 Afiliados)					$1,750,905	$280,200			$1,750,905	$218,900			$1,423,500	$28,500			$0	$0		$0	$0
1	CC	1010135362 GONZALES YAREM	25-14	30	$1,750,905	$280,200	EPS005	30	$1,750,905	$218,900	CCF21	30	$1,423,500	$28,500		0	$0	$0	30	$0	$0
Total		**Afiliados(1)**			$1,750,905	$280,200			$1,750,905	$218,900			$1,423,500	$28,500			$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 1010135362		GONZALES ZAMORA YAREM VALENTINA	INDEPENDIENTE	PRINCIPAL	calle 49d #5c-24 sur	BOGOTA-BOGOTA D.E.	3223439086	No

DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION

Periodo		Clave		Tipo	Fecha		Pago		
Pensión	Salud	Pago	Planilla	Planilla	Limite	Pago	Banco	Dias Mora	Valor
2026-07	2026-07	559626957	9508579947	I	2026/08/18	2026/08/12	NEQUI	0	$527,600

RESUMEN DE PAGO

RIESGO	CODIGO	NIT	DV	AFILIADOS	VALOR LIQUIDADO	INTERESES MORA	Fondo Solidaridad Pensional	Intereses de Mora Fondo Solidaridad	Fondo Subsistencia	Intereses de Mora Fondo Subsistencia	SALDOS E INCAPACIDADES	VAL
AFP (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$280,200	$0					$0	
COLPENSIONES	25-14	900,336,004	7	1	$280,200	$0	$0	$0	$0	$0	$0	
CCF (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$28,500	$0					$0	
CAFAM	CCF21	860,013,570	3	1	$28,500	$0	$0	$0	$0	$0	$0	
EPS (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$218,900	$0					$0	
SANITAS	EPS005	800,251,440	6	1	$218,900	$0	$0	$0	$0	$0	$0	
TOTAL				1	$527,600	$0	$0	$0	$0	$0	$0	

aportes en línea

Resumen General de Pago

LOR A PAGAR
$280,200
$280,200
$28,500
$28,500
$218,900
$218,900
$527,600

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		
☐	PS 2082 2026 CUENTA DE COBRO FEBRERO 2026.pdf	PS 2082 2026 CUENTA DE COBRO FEBRERO 2026.pdf	Proveedor	Descargar	Detalle
☐	1 PS 2082 2026 CRP -8961.pdf	1 PS 2082 2026 CRP -8961.pdf	Comprador	Descargar	Detalle
	PS_2082_2026_MARZO_PLANILLASS.pdf (Archivado)	PS_2082_2026_MARZO_PLANILLASS.pdf	Proveedor	Descargar	Detalle
☐	PS 2082 2026 CUENTA DE COBRO MARZO 2026.pdf	PS 2082 2026 CUENTA DE COBRO MARZO 2026.pdf	Proveedor	Descargar	Detalle
☐	PS 2082 2026 CUENTA DE COBRO ABRIL 2026.pdf	PS 2082 2026 CUENTA DE COBRO ABRIL 2026.pdf	Proveedor	Descargar	Detalle
☐	PS 2082 2026 CUENTA DE COBRO MAYO 2026.pdf	PS 2082 2026 CUENTA DE COBRO MAYO 2026.pdf	Proveedor	Descargar	Detalle
☐	PS 2082 2026 CUENTA DE COBRO JUNIO 202.pdf	PS 2082 2026 CUENTA DE COBRO JUNIO 202.pdf	Proveedor	Descargar	Detalle
☐	2 PS 2082 2026 CRP -16241.PDF	2 PS 2082 2026 CRP -16241.PDF	Comprador	Descargar	Detalle
☐	PS 2082 2026 CUENTA DE COBRO JULIO 2026.pdf	PS 2082 2026 CUENTA DE COBRO JULIO 2026.pdf	Proveedor	Descargar	Detalle

Borrar Cargar nuevo

Cancelar

< Evaluación de la Entidad Estatal >