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: 6
FECHA: 2024-09-16

DATOS DEL CONTRATISTA						
FECHA DE DILIGENCIAMIENTO: (31-05-2025)						
NOMBRES Y APELLIDOS:	**JAIME ALBERTO ZAMBRANO AVELLA**				**CC:**	**79953289**
					RUT (NIT):	**79953289**
CORREO ELECTRÓNICO:	**JAIMEZAM1929@GMAIL.COM**				**TELÉFONO:**	**3502653332**
DIRECCIÓN DOMICILIO:	**KR 87D BIS SUR 56B 27**				**CIUDAD:**	**BOGOTA**
BANCO AL CUAL CONSIGNAR:	**BANCO DAVIVIENDA S.A.**		**TIPO DE CUENTA:**	**AHORROS**	**N° CUENTA:**	**488425337992**
NÚMERO DEL CONTRATO Y DATOS DE LA ÚLTIMA ADICIÓN (PERIODO OBJETO DE PAGO)						
Nº DEL CONTRATO:	**PS 1364 2025**	**N° CDP:**	**800**	**N°. RP:**	**11973**	**PLAZO DEL CONTRATO INCLUIDAS PRORROGAS: SEIS (06) MESES**
FECHA DE INICIO CONTRATO	**2025/01/01**	**FECHA DE TERMINACIÓN CONTRATO:**		**2025/06/30**		**VALOR TOTAL DEL CONTRATO INCLUIDO ADICIONES: 13.337.676**
PERIODO OBJETO DE COBRO:	**DEL 2025/05/01 AL 2025/05/31**					
VALOR A PAGAR CORRESPONDIENTE AL PERIODO OBJETO DE COBRO	**$ 2.222.946**					

JAIME ALBERTO ZAMBRANO AVELLA
PS_1364_2025_BB9F18-2025-05-18 18:42:01

NOMBRE Y FIRMA DEL CONTRATISTA:
JAIME ALBERTO ZAMBRANO AVELLA
CC: 79953289
CEL: 3502653332

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 SUPERVISION CONTRATO DE PRESTACION DE SERVICIOS Y DE APOYO A LA GESTIÓN**	**CÓDIGO: AP-IA-FT-077** **VERSIÓN: 2** **FECHA: 2024-09-16**

CELEBRADO ENTRE LA SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E Y					
NOMBRE DEL CONTRATISTA			**JAIME ALBERTO ZAMBRANO AVELLA**		
NÚMERO DE DOCUMENTO DE IDENTIDAD:			**79.953.289**		
I. INFORMACION GENERAL DEL CONTRATO DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS					
OBJETO DEL CONTRATO:	PRESTAR SERVICIOS COMO TECNICO PARA DESARROLLAR ACTIVIDADES EN LA DIRECCION FINANCIERA DE LA SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E.				
CONTRATO DE PRESTACION DE SERVICIOS PROFESIONALES No.	**PS 1364 2025**		**FECHA INICIO CONTRATO**	**2025/01/01**	
VALOR INICIAL DEL CONTRATO	$ 6.668.838				
VALOR TOTAL DEL CONTRATO INCLUIDO ADICIONES:	$ 13.337.676		**VALOR DE HONORARIOS PERÍODO A CERTIFICAR:**	$ 2.222.946	
N° DE INFORME:	5	**Nº CRP INICIAL:**	6073	**N° CDP INICIAL DEL CONTRATO**	3
PLAZO DEL CONTRATO INCLUYENDO PRORROGAS	SEIS (06) MESES				
PROCESO EN DONDE SE EJECUTARON LAS ACTIVIDADES:	DIRECCION FINANCIERA				
UNIDAD FUNCIONAL DE EJECUCIÓN DE ACTIVIDADES:	HOSPITAL SANTA CLARA				
NOMBRE DEL SUPERVISOR:	RONALD AGUILAR GOMEZ				

II. MODIFICACIONES CONTRACTUALES					
N° DE MODIFICACIÓN:	(1)	**TIPO DE MODIFICACIÓN (ADICIÓN - PRÓRROGA):**		ADICION (X)	PRORROGA (X)
VALOR ADICIONADO	$ 6.668.838	**CDP DE LA ADICIÓN:**	800	**CRP DE LA ADICIÓN:** 11973	**TIEMPO PRORROGADO:** DOS (02) MESES Y VEINTINUEVE (29) DÍAS

III. POLIZAS (SI APLICA)					
¿PACTÓ POLIZAS EN SU CONTRATO?	**SI**		**NO**	**X**	
N° DE PÓLIZA:		**NOMBRE DE LA ASEGURADORA:**			
FECHA DE LA PÓLIZA		**ACTO ADMINISTRATIVO DE APROBACIÓN:**			

ITEM	**IV. 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 REALICE 340 APERTURAS DE INGRESOS DE TRIAGE REALIZANDO LA VALIDACION EN LOS DIFERERNTES PAGINAS DE COMPROBADORES 2 GENERE 53 ASIGNACIONES DE CITAS PRIORITARIAS Y DIFERENTES ESPECIALIZACIONES 3 APOYE EN LA SOLUCION DE CASOS PARA CONSECUCION DE CITAS PARA LA EPS COOSALUD 4 REALICE 18 RECIBOS DE CAJA CON EL RESPECTIVO SOPORTE DE PAGO Y RELACION DE BILLETES PARA ENVIO A TESORERIA 5 GENERE 315 CIERRES DE FACTURAS PARA RADICACION A LAS DIFERENTES EPS PARA SU LEGALIZACION 6 APOYE CON FACTURACION DEL SERVICIO DE RADIOLOGIA PARA CONSULTA EXTERNA Y REALICE LA RESPECTIVA FACTURACION 7 APOYE CON FACTURACION DEL SERVICIO DE TERAPIAS RESPIRATORIAS 8 REALICE FACTURACION DE LOS DIFERENTES SERVICIOS DE PROCEDIMIENTOS MEDICOS (INYECTOLOGIA, ELECTROCARDIOGRAMA, LAVADO DE OIDOS) 9 REALICE EL DILIGENCIAMIENTO DE O PAGARES CON SUS SOLICITUDES DE CREDITO

V. 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 (2025-05-01) AL (2025-05-31)

VI. INFORMACIÓN DE APORTES A SEGURIDAD SOCIAL

No. DE PLANILLA:	N° 33127871	OPERADOR:	ASOPAGOS

CONCEPTO DEL PAGO	ENTIDAD	FECHA DE PAGO	VALOR PAGADO
SALUD:	SANITAS	2025/05/09	$ 178.000
PENSIÓN:	PROTECCION	2025/05/09	$ 227.800
RIESGOS LABORALES:	SURA	2025/05/09	$ 34.700
OTRO			
TOTAL PAGADO			$ 440.500

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:	*JAIME ALBERTO ZAMBRANO AVELLA* *PS_1364_2025_BB9F18-2025-05-18 18:42:01* **JAIME ALBERTO ZAMBRANO AVELLA** **CC: 79953289** **CEL: 3502653332**
FIRMA DE QUIEN CONVALIDA EL CUMPLIMIENTO DE LAS OBLIGACIONES PARA EL PRESENTE PERIODO DE PAGO:	*RONALD AGUILAR GOMEZ* *PS_1364_2025_BB9F18-2025-05-19 19:06:49* **RONALD AGUILAR GOMEZ** **CARGO:** **DIRECTOR FINANCIERO CODIGO 009 GRADO 05**
FIRMA DE QUIEN VALIDA:	*YAMILE CANO HERRERA* *PS_1364_2025_BB9F18-2025-05-19 17:55:56* **YAMILE CANO HERRERA** **PERFIL:** **ESPECIALISTA EN CONTRATACION ESTATAL**

ASOPAGOS s.a.

RAZÓN SOCIAL :	JAIME ALBERTO ZAMBRANO AVELLA
IDENTIFICACIÓN:	CC-79953289
COD. DEPENDENCIA O SUCURSAL:	subred
NOM. DEPENDENCIA O SUCURSAL:	jaime
FECHA GENERACIÓN REPORTE:	2025-05-16
FECHA LÍMITE DE PAGO:	2025-05-22
FECHA DE PAGO:	2025-05-09
ENTIDAD DE PAGO:	BANCO DAVIVIENDA
PERÍODO PENSIÓN:	2025-04
PERÍODO SALUD:	2025-04
NÚMERO PLANILLA:	33127871
TOTAL COTIZANTES:	1
REFERENCIA DE PAGO (PIN):	33127871
TIPO DE PLANILLA:	I

CÓDIGO ENTIDAD	NIT	NOMBRE	NÚMERO AFILIADOS	IBC	FONDO SOLIDARIDAD	FONDO SUBSISTENCIA	TOTAL INTERESES	VALOR PAGAR SIN INTERESES	VALOR PAGAR
EPS005	800251440	SANITAS	1	$ 1.423.500	$ 0	$ 0	$ 0	$ 178.000	$ 178.000
230201	800229739	PROTECCION	1	$ 1.423.500	$ 0	$ 0	$ 0	$ 227.800	$ 227.800
14-11	890903790	ARL SURA	1	$ 1.423.500	$ 0	$ 0	$ 0	$ 34.700	$ 34.700
				Total a pagar	$ 0	$ 0	$ 0	$ 440.500	$ 440.500

PAGADO

FECHA DE PAGO DEL SIGUIENTE MES:	24/06/2025