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: 5
FECHA: 2024-09-09

DATOS DEL CONTRATISTA						
FECHA DE DILIGENCIAMIENTO: (31-07-2025)						
NOMBRES Y APELLIDOS:	**JORGE LUIS CORCHO ACOSTA**				**CC:**	**1010118229**
CORREO ELECTRÓNICO:	**jorgecorcho2000@gmail.com**				**TELÉFONO:**	**3202252438**
DIRECCIÓN DOMICILIO:	**CL 4 SUR 13A 08**				**CIUDAD:**	**BOGOTA**
BANCO AL CUAL CONSIGNAR:	**BANCO AV VILLAS**		**TIPO DE CUENTA:**	**AHORROS**	**N° CUENTA:**	**546949582**
DATOS DEL CONTRATO O ADICION Y PERIODO OBJETO DE PAGO						
Nº DEL CONTRATO:	**PS 2089 2025**	**N° CDP:**	**1802**	**N°. RP:**	**0**	**PLAZO DEL CONTRATO INCLUIDAS PRORROGAS: SEIS (6) MESES**
FECHA DE INICIO CONTRATO	**2025/01/01**	**FECHA DE TERMINACIÓN CONTRATO:**		**2025/08/31**		
PERIODO OBJETO DE COBRO:	**DEL 2025/07/01 AL 2025/07/31**					
VALOR A PAGAR CORRESPONDIENTE AL PERIODO OBJETO DE COBRO	**$ 6.559.662**					

JORGE LUIS CORCHO ACOSTA
PS_2089_2025_3B7D31-2025-07-16 19:09:04

NOMBRE Y FIRMA DEL CONTRATISTA:
JORGE LUIS CORCHO ACOSTA
CC: 1010118229
CEL: 3202252438

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			
JORGE LUIS CORCHO ACOSTA			
	CON C.C N°	**1.010.118.229**	
OBJETO DEL CONTRATO:	PRESTAR SERVICIOS PROFESIONALES COMO MEDICO GENERAL PARA DESARROLLAR ACTIVIDADES EN LA DIRECCION DE SERVICIOS URGENCIAS DE LA SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E.		
CONTRATO DE PRESTACION DE SERVICIOS PROFESIONALES No.	**PS 2089 2025**	**FECHA INICIO CONTRATO**	**2025/01/01**
VALOR INICIAL DEL CONTRATO	$ 38.088.360	**No. HORAS EJECUTADAS**	**186**
VALOR TOTAL DEL CONTRATO INCLUIDO ADICIONES:	$ 51.242.951	**VALOR DE HONORARIOS PERÍODO A CERTIFICAR:**	$ 6.559.662
PLAZO DEL CONTRATO INCLUYENDO PRORROGAS	SEIS (6) MESES		
UNIDAD FUNCIONAL DE EJECUCIÓN DE ACTIVIDADES:	HOSPITAL JORGE ELIECER GAITAN		
NOMBRE DEL SUPERVISOR:	CARLOS ALBERTO MARIN PEREZ		

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	Reporté los eventos de notificación obligatoria con la oportunidad establecida en la normatividad vigente.
2	Realicé las actividades segun las necesidades de la subred dando cobertura en todas las unidades en donde se oferta el servicio y sea requerido.
3	Participéen la elaboracion, actualizacion, implementacion y adherencia de guias, manuales, procedimientos y protocolos que apliquen al servicio
4	Instrui a la comunidad sobre la prevencion de las enfermedades propias de su especialidad.
5	Asistí y participe en las capacitaciones, socializaciones, espacios tecnico-cientificos que se programen desde la entidad.
6	Informé al supervisor del contrato cualquier novedad que afecte el cumplimiento de sus obligaciones.
7	Envié el porcentaje de ocupación diariamente en cada entrega de actividades.
8	Gestioné la liberación de camillas en los servicios de urgencias tanto de aph como de traslados secundarios
9	Informé al supervisor del contrato las novedades que afectaron el cumplimiento de mis obligaciones.
10	Cumplí oportunamente las recomendaciones, oportunidades de mejora, actas de compromiso y demás solicitudes de la supervisión y de la oficina de garantía de calidad.
11	Respeté los derechos del paciente, cumplir el codigo de etica medica y las disposiciones legales pertinentes propias de los servicios en donde se preste la atencion.
12	Apoyé a la entidad en las actividades que demande segun requerimientos interinstitucionales y extra institucionales.
13	Realicé actividades, procedimientos diagnosticos y terapeuticos determinados dentro del plan de manejo de su especialidad, de una manera oportuna y pertinente.
14	Realicé el seguimiento y control a pacientes en los que se requiera su participacion e impartir instrucciones al equipo de salud sobre los procedimientos ordenados
15	Presté el apoyo necesario para dar respuesta a objeciones iniciales evitando asi que se genere glosa definitiva o procesos de conciliacion por parte de eps-s-eapb
16	Facilité las labores de supervision que la subred, realice en forma directa por la subdireccion de servicios de salud, la oficina de calidad y/o a través de terceros.
17	Brindéuna atencion en salud buscando los mejores estandares de oportunidad, integridad, suficiencia, continuidad y pertinencia, en un ambiente de atencion personalizada y humanizada
18	Emití conceptos medicos que se le requieran, realizar resumenes de historia clinica, epicrisis u otros documentos asistenciales o administrativos que sean solicitados.
19	Garanticé la debida reserva de la informacion del paciente y de los registros clinicos.
20	Reporté al area de recursos fisicos activos fijos de la subred, los equipos de propiedad del contratista, que se destine a las actividades asistenciales.
21	Participé en las diferentes actividades del servicio, jornadas de capacitacion, induccion, reuniones, comites y eventos a los cuales sea convocado. "
22	Notifiqué los sucesos de seguridad que se presenten durante el proceso de atencion.
23	Reporté los eventos de notificacion obligatoria con la oportunidad establecida en la normatividad vigente.
24	Cumplí oportunamente las recomendaciones, oportunidades de mejora, actas de compromiso y demas solicitudes de la supervisión y de la oficina de garantía de calidad.
25	Acredité el cumplimiento del pago de los aportes al sistema de seguridad social y parafiscal durante la vigencia del contrato, requisito indispensable para generar cada pago a su favor.

26	Apoyé en la parte tecnica las actividades de supervisión de los contratos cuando estas sean asignadas
27	Presté servicios asistenciales respetando la autonomía institucional de la subred, su visión, misión, estructura orgánica, los reglamentos administrativos, técnicos, científicos y disciplinarios, acogiendo las directrices institucionales.
28	Llevé registro de las actividades, procedimientos e intervenciones, así como aporté para mantener actualizados los informes estadísticos definidos por la institución y todos aquellos registros necesarios para el cumplimiento de los procesos de costos y facturación.
29	Diligencié en forma completa, oportuna, sistematizada y legible (en los casos en que se presenten fallas del sistema) los formatos de las historias clínicas, consentimiento informado, reportes de estudios paraclínicos y demás registros propios de mi actuar, acorde a lo establecido en la normatividad vigente, los procedimientos de auditoria y demás directrices relacionadas con el manejo de historias clínicas, respaldando todas las actuaciones realizadas al paciente con mi firma y sello.
30	Coordiné el área de urgencias de manera integral y científica, envié el porcentaje de ocupación diariamente en cada entrega de actividades y gestioné la liberación de camillas en los servicios de urgencias tanto de APH, como de traslados secundarios.
31	Presté sus servicios asistenciales respetando la autonomia institucional de la subred, su vision, mision, estructura organica reglamentos administrativos, tecnicos, cientificos y disciplinarios, acogiendo las directrices institucionales.
32	Informé al paciente y su familia sobre la condicion clinica, plan de manejo, atencion y recomendaciones de egreso, conocer el grado de satisfaccion sobre los servicios prestados y resolver inquietudes relacionadas con el proceso de atencion.
33	LLevé registro de las actividades, procedimientos e intervenciones, asi como mantener actualizados los informes estadisticos definidos por la institucion y todos aquellos registros necesarios para el cumplimiento de los procesos de costos y facturación
34	Diligencié en forma completa, oportuna, sistematizada y legible (en los casos en que se presenten fallas del sistema, los formatos) de las historias clinicas, consentimiento informado, reportes de estudios y demas registros propios de su actuar, de acuerdo a lo establecido en la normatividad vigente, los procedimientos de auditoria y demas directrices relacionadas con el manejo de historias clinicas y respaldando todas las actuaciones realizadas al paciente con firma y sello
35	Garanticé la integridad y adecuado funcionamiento de los equipos, elementos e instalaciones, asi como la utilizacion racional de los recursos que la subred aporte al desarrollo de las actividades contratadas y responder por su reposicion o reparacion cuando los daños se ocasionen por negligencia o inadecuada manipulacion de los mismos
36	Participé activamente en el desarrollo, implementacion y cumplimiento de las politicas institucionales, sistema integrado de gestion, acreditacion, seguridad del paciente y demas actividades enmarcadas dentro del sistema obligatorio de garantia de la calidad
37	Participéen la elaboracion de respuestas a reclamaciones y requerimientos que se presenten en desarrollo de la atencion que se obliga a prestar a los usuarios o pacientes que demanden el servicio.
38	Realicé consulta, valoracion, revaloracion y clasificacion triage del paciente en el servicio de urgencias. Y participar en los analisis a los que sea convocado e implementar las acciones de mejora definidas para el servicio
39	Desarrollé actividades de docencia de servicio en la revista medica u otro espacio dirigidas a los estudiantes y/o personal del servicio, para el desarrollo y formacion del recurso humano en salud, si aplica.
40	Cumplí con las actividades establecidas en el respectivo contrato, cumpliendo con las directrices establecidas por la institución; en los casos de novedades informar con anticipacion para el cubrimiento de sus actividades.
41	Cumplí las demas asignadas por la supervisión del contrato. contenidas en el formato de necesidad de personal que hace parte integral del presente 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 (2025-07-01) AL (2025-07-31)

IV. INFORMACIÓN DE APORTES A SEGURIDAD SOCIAL

No. DE PLANILLA:	N° 34012809	OPERADOR:	ASOPAGOS

CONCEPTO DEL PAGO	ENTIDAD	FECHA DE PAGO	VALOR PAGADO
SALUD:	SANITAS	2025/07/08	$ 306.800
PENSIÓN:	PROTECCION	2025/07/08	$ 392.700
RIESGOS LABORALES:	POSITIVA	2025/07/08	$ 59.800
OTRO			
TOTAL PAGADO			$ 759.300

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	*JORGE LUIS CORCHO ACOSTA* *PS_2089_2025_3B7D31-2025-07-16 19:09:04* **JORGE LUIS CORCHO ACOSTA** **CC: 1010118229**
FIRMA DE QUIEN CONVALIDA EL CUMPLIMIENTO DE LAS OBLIGACIONES PARA EL PRESENTE PERIODO DE PAGO	*CARLOS ALBERTO MARIN PEREZ* *PS_2089_2025_3B7D31-2025-07-16 20:15:21* **CARLOS ALBERTO MARIN PEREZ** **SUPERVISOR DEL CONTRATO**

ASOPAGOS s.a.

RAZÓN SOCIAL :	JORGE LUIS CORCHO ACOSTA
IDENTIFICACIÓN:	CC-1010118229
COD. DEPENDENCIA O SUCURSAL:	0
NOM. DEPENDENCIA O SUCURSAL:	
FECHA GENERACIÓN REPORTE:	2025-07-20
FECHA LÍMITE DE PAGO:	2025-07-08
FECHA DE PAGO:	2025-07-08
ENTIDAD DE PAGO:	NEQUI
PERÍODO PENSIÓN:	2025-06
PERÍODO SALUD:	2025-06
NÚMERO PLANILLA:	34012809
TOTAL COTIZANTES:	1
REFERENCIA DE PAGO (PIN):	34012809
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	$ 2.454.080	$ 0	$ 0	$ 0	$ 306.800	$ 306.800
230201	800229739	PROTECCION	1	$ 2.454.080	$ 0	$ 0	$ 0	$ 392.700	$ 392.700
14-23	860011153	POSITIVA	1	$ 2.454.080	$ 0	$ 0	$ 0	$ 59.800	$ 59.800
				Total a pagar	$ 0	$ 0	$ 0	$ 759.300	$ 759.300

PAGADO

FECHA DE PAGO DEL SIGUIENTE MES:	11/08/2025