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: (31-08-2025)					
NOMBRES Y APELLIDOS:	**STIVEN HUMBERTO MEDINA ECHEVERRIA**			**CC:**	**1026569461**
CORREO ELECTRÓNICO:	**STEVENMEDINA93@GMAIL.COM**			**TELÉFONO:**	**3102962973**
DIRECCIÓN DOMICILIO:	**CL 12A 71C 60 AP 110 TO 3**			**CIUDAD:**	**BOGOTA**
BANCO AL CUAL CONSIGNAR:	**BANCO DE BOGOTA**	**TIPO DE CUENTA:**	**AHORROS**	**N° CUENTA:**	**073631947**

DATOS DEL CONTRATO O ADICION Y PERIODO OBJETO DE PAGO						
Nº DEL CONTRATO:	**PS 5307 2025**	**N° CDP:**	**2519**	**N°. RP:**	**0**	**PLAZO DEL CONTRATO INCLUIDAS PRORROGAS: SEIS (6) MESES**
FECHA DE INICIO CONTRATO	**2025/05/05**	**FECHA DE TERMINACIÓN CONTRATO:**		**2025/10/31**		
PERIODO OBJETO DE COBRO:	**DEL 2025/08/01 AL 2025/08/31**					
VALOR A PAGAR CORRESPONDIENTE AL PERIODO OBJETO DE COBRO	**$ 6.750.000**					

STIVEN HUMBERTO MEDINA ECHEVERRIA
PS_5307_2025_159C59

NOMBRE Y FIRMA DEL CONTRATISTA:
STIVEN HUMBERTO MEDINA ECHEVERRIA
CC: 1026569461
CEL: 3102962973

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

STIVEN HUMBERTO MEDINA ECHEVERRIA

CON C.C N°	**1.026.569.461**

OBJETO DEL CONTRATO:	PRESTAR SERVICIOS PROFESIONALES COMO MEDICO GENERAL PARA TRASLADOS SECUNDARIOS EN AMBULANCIA MEDICALIZADA PARA DESARROLLAR ACTIVIDADES EN LA DIRECCI?N DE URGENCIAS DE LA SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E

CONTRATO DE PRESTACION DE SERVICIOS PROFESIONALES No.	**PS 5307 2025**	**FECHA INICIO CONTRATO**	**2025/05/05**
VALOR INICIAL DEL CONTRATO	$ 13.680.000	**No. HORAS EJECUTADAS**	**180**
VALOR TOTAL DEL CONTRATO INCLUIDO ADICIONES:	$ 39.825.000	**VALOR DE HONORARIOS PERÍODO A CERTIFICAR:**	$ 6.750.000
PLAZO DEL CONTRATO INCLUYENDO PRORROGAS	SEIS (6) MESES		
UNIDAD FUNCIONAL DE EJECUCIÓN DE ACTIVIDADES:	HOSPITAL SAN BLAS		
NOMBRE DEL SUPERVISOR:	JOHON JAIRO RODRIGUEZ APONTE		

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	Preste servicios asistenciales respetando la autonomía institucional de la subred, su visión, misión, estructura orgánica, reglamentos administrativos, técnicos, científicos y disciplinarios, acogiendo las directrices institucionales.
2	Lleve registro de las actividades, procedimientos e intervenciones, asi como mantener actualizados los informes estadísticos definidos por la institución y todos aquellos registros necesarios para el cumplimiento de los procesos de costos y facturación.
3	Diligencie 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 y demas registros propios de su actuar, de acuerdo a lo establecido en la normatividad vigente, los procedimientos de auditoría y demás directrices relacionadas con el manejo de historias clínicas y respaldando todas las actuaciones realizadas al paciente con firma y sello
4	Reporte los eventos de notificación obligatoria con la oportunidad establecida en la normatividad vigente
5	Informe al supervisor del contrato cualquier novedad que afecte el cumplimiento de sus obligaciones.
6	Cumpli oportunamente las recomendaciones, oportunidades de mejora, actas de compromiso y demas solicitudes de la supervisión y de la oficina de garantía de calidad.
7	Coordinar el área de urgencias de manera integral y científica, envie el porcentaje de ocupación diariamente en cada entrega de actividades y gestione la liberación de camillas en los servicios de urgencias tanto de aph como de traslados secundarios.
8	Y Las Demas Actividades Asignadas Por La Supervisión De 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 (2025-08-01) AL (2025-08-31)

IV. INFORMACIÓN DE APORTES A SEGURIDAD SOCIAL

No. DE PLANILLA:	N° 9490580164-9490634900	OPERADOR:	APORTES EN LINEA

CONCEPTO DEL PAGO	ENTIDAD	FECHA DE PAGO	VALOR PAGADO
SALUD:	SURA	2025/08/22	$ 295.200

PENSIÓN:	PORVENIR	2025/08/22	$ 377.800
RIESGOS LABORALES:	POSITIVA	2025/08/22	$ 0
OTRO			
TOTAL PAGADO			$ 673.000

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	*STIVEN HUMBERTO MEDINA ECHEVERRIA* *PS_5307_2025_159C59* **STIVEN HUMBERTO MEDINA ECHEVERRIA** **CC: 1026569461**
FIRMA DE QUIEN CONVALIDA EL CUMPLIMIENTO DE LAS OBLIGACIONES PARA EL PRESENTE PERIODO DE PAGO	*JOHON JAIRO RODRIGUEZ APONTE* *PS_5307_2025_159C59* **JOHON JAIRO RODRIGUEZ APONTE** **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 1026569461		MEDINA ECHEVERRIA STIVEN HUMBERTO	INDEPENDIENTE	PRINCIPAL	Calle 12a 71c-60	BOGOTA-BOGOTA D.E.	3102962973	No

DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION

Periodo		Clave		Tipo	Fecha		Pago		
Pensión	Salud	Pago	Planilla	Planilla	Limite	Pago	Banco	Dias Mora	Valor
2025-07	2025-07	1720015435	9490634900	N	2025/08/15	2025/08/22	BANCOLOMBIA	7	$10,200

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)						$30,000	$4,800			$30,000	$3,800			$0	$0			$30,000	$1,300		$0	$0
Centro de Trabajo: PRINCIPAL (1 Afiliados)						$30,000	$4,800			$30,000	$3,800			$0	$0			$30,000	$1,300		$0	$0
Ciudad: BOGOTA Depto: BOGOTA D.E. (1 Afiliados)						$30,000	$4,800			$30,000	$3,800			$0	$0			$30,000	$1,300		$0	$0
1	CC	1026569461	MEDINA STIVEN	231001	30	($2,320,000)	($371,200)	EPS002	30	($2,320,000)	($290,000)		0	$0	$0	14-23	30	($2,320,000)	($101,000)	0	$0	$0
2	CC	1026569461	MEDINA STIVEN	231001	30	$2,350,000	$376,000	EPS002	30	$2,350,000	$293,800		0	$0	$0	14-23	30	$2,350,000	$102,300	0	$0	$0
Total			**Afiliados(1)**			$30,000	$4,800			$30,000	$3,800			$0	$0			$30,000	$1,300		$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 1026569461		MEDINA ECHEVERRIA STIVEN HUMBERTO	INDEPENDIENTE	PRINCIPAL	Calle 12a 71c-60	BOGOTA-BOGOTA D.E.	3102962973	No

DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION

Periodo		Clave		Tipo	Fecha		Pago		
Pensión	Salud	Pago	Planilla	Planilla	Limite	Pago	Banco	Dias Mora	Valor
2025-07	2025-07	1720015435	9490634900	N	2025/08/15	2025/08/22	BANCOLOMBIA	7	$10,200

RESUMEN DE PAGO

RIESGO	CODIGO	NIT	DV	AFILIADOS	VALOR LIQUIDADO	INTERESES MORA	SALDOS E INCAPACIDADES	VALOR A PAGAR
AFP (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$4,800	$100	$0	$4,900
COLFONDOS	231001	800,227,940	6	1	$4,800	$100	$0	$4,900
ARL (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$1,300	$100	$0	$1,400
POSITIVA COMPAÑIA DE SEGUROS	14-23	860,011,153	6	1	$1,300	$100	$0	$1,400
EPS (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$3,800	$100	$0	$3,900
SALUD TOTAL	EPS002	800,130,907	4	1	$3,800	$100	$0	$3,900
TOTAL				1	$9,900	$300	$0	$10,200

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 1026569461		MEDINA ECHEVERRIA STIVEN HUMBERTO	INDEPENDIENTE	PRINCIPAL	Calle 12a 71c-60	BOGOTA-BOGOTA D.E.	3102962973	No

DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION

Periodo		Clave		Tipo	Fecha		Pago		
Pensión	Salud	Pago	Planilla	Planilla	Limite	Pago	Banco	Dias Mora	Valor
2025-07	2025-07	1719067844	9490580164	I	2025/08/15	2025/08/22	BANCO DE BOGOTA	7	$765,700

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)					$2,320,000	$371,200			$2,320,000	$290,000			$0	$0			$2,320,000	$101,000		$0	$0
Centro de Trabajo: PRINCIPAL (1 Afiliados)					$2,320,000	$371,200			$2,320,000	$290,000			$0	$0			$2,320,000	$101,000		$0	$0
Ciudad: BOGOTA Depto: BOGOTA D.E. (1 Afiliados)					$2,320,000	$371,200			$2,320,000	$290,000			$0	$0			$2,320,000	$101,000		$0	$0
1	CC	1026569461	MEDINA STIVEN	231001	30	$2,320,000	$371,200	EPS002	30	$2,320,000	$290,000		0	$0	$0	14-23	30	$2,320,000	$101,000	0	$0	$0
Total		**Afiliados(1)**				$2,320,000	$371,200			$2,320,000	$290,000			$0	$0			$2,320,000	$101,000		$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 1026569461		MEDINA ECHEVERRIA STIVEN HUMBERTO	INDEPENDIENTE	PRINCIPAL	Calle 12a 71c-60	BOGOTA-BOGOTA D.E.	3102962973	No

DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION

Periodo		Clave		Tipo	Fecha		Pago		
Pensión	Salud	Pago	Planilla	Planilla	Limite	Pago	Banco	Dias Mora	Valor
2025-07	2025-07	1719067844	9490580164	I	2025/08/15	2025/08/22	BANCO DE BOGOTA	7	$765,700

RESUMEN DE PAGO

RIESGO	CODIGO	NIT	DV	AFILIADOS	VALOR LIQUIDADO	INTERESES MORA	SALDOS E INCAPACIDADES	VALOR A PAGAR
AFP (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$371,200	$1,700	$0	$372,900
COLFONDOS	231001	800,227,940	6	1	$371,200	$1,700	$0	$372,900
ARL (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$101,000	$500	$0	$101,500
POSITIVA COMPAÑIA DE SEGUROS	14-23	860,011,153	6	1	$101,000	$500	$0	$101,500
EPS (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$290,000	$1,300	$0	$291,300
SALUD TOTAL	EPS002	800,130,907	4	1	$290,000	$1,300	$0	$291,300
TOTAL				1	$762,200	$3,500	$0	$765,700