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:	**CRISTHIAN CAMILO FUENTES BRAVO**			**CC:**	**1019063264**
CORREO ELECTRÓNICO:	**CRFUENTES@UAN.EDU.CO**			**TELÉFONO:**	**3045505828**
DIRECCIÓN DOMICILIO:	**CL 152A 101A 45**			**CIUDAD:**	**BOGOTA**
BANCO AL CUAL CONSIGNAR:	**BANCO CAJA SOCIAL**	**TIPO DE CUENTA:**	**AHORROS**	**N° CUENTA:**	**24094771240**

DATOS DEL CONTRATO O ADICION Y PERIODO OBJETO DE PAGO						
Nº DEL CONTRATO:	**PS 1885 2025**	**N° CDP:**	**2526**	**N°. RP:**	**0**	**PLAZO DEL CONTRATO INCLUIDAS PRORROGAS: NUEVE (9) MESES**
FECHA DE INICIO CONTRATO	**2025/01/01**	**FECHA DE TERMINACIÓN CONTRATO:**		**2025/09/01**		
PERIODO OBJETO DE COBRO:	**DEL 2025/08/01 AL 2025/08/31**					
VALOR A PAGAR CORRESPONDIENTE AL PERIODO OBJETO DE COBRO	**$ 7.829.274**					

CRISTHIAN CAMILO FUENTES BRAVO
PS_1885_2025_F8E0F8

NOMBRE Y FIRMA DEL CONTRATISTA:
CRISTHIAN CAMILO FUENTES BRAVO
CC: 1019063264
CEL: 3045505828

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			
CRISTHIAN CAMILO FUENTES BRAVO			
	CON C.C N°	**1.019.063.264**	
OBJETO DEL CONTRATO:	PRESTAR SERVICIOS PROFESIONALES COMO MEDICO GENERAL PARA DESARROLLAR ACTIVIDADES EN LA DIRECCION DE SERVICIOS HOSPITALARIOS DE LA SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E.		
CONTRATO DE PRESTACION DE SERVICIOS PROFESIONALES No.	**PS 1885 2025**	**FECHA INICIO CONTRATO**	**2025/01/01**
VALOR INICIAL DEL CONTRATO	$ 15.517.480	**No. HORAS EJECUTADAS**	**222**
VALOR TOTAL DEL CONTRATO INCLUIDO ADICIONES:	$ 81.889.974	**VALOR DE HONORARIOS PERÍODO A CERTIFICAR:**	$ 7.829.274
PLAZO DEL CONTRATO INCLUYENDO PRORROGAS	NUEVE (9) MESES		
UNIDAD FUNCIONAL DE EJECUCIÓN DE ACTIVIDADES:	HOSPITAL SANTA CLARA		
NOMBRE DEL SUPERVISOR:	PEDRO RICARDO GONZALEZ CAÑON		

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.REALICE RONDA ADMINISTRATIVA VERIFICANDO LA SUFICIENCIA DE PERSONAL MEDICO, REGISTRO DE OCUPACION DE SERVICIOS, VERIFICACION DE CONDICIONES DE AISLAMIENTO DE PACIENTES REALIZANDO INDICACION MEDICA, CRITERIOS DE SEÑALIZACION Y ENTREGA DE TURNO MEDICO RECOLECTANDO DE FORMATOS FISICOS, VERIFICACION DE CONTENIDO Y FORMA Y ARCHIVANDO DE LAS ENTREGAS DE TURNO DE LOS SERVICIOS HOSPITALARIOS.. VALIDANDO REPORTE DE NOVEDADES DE REGISTRO EN MAPA DE CAMAS A ENFERMERIA Y FACTURACION. 2. VERIFIQUE LAS INTERCONSULTAS PENDIENTES COMO CONSULTA DEL MODULO DE INTERCONSULTAS PENDIENTES EN DGH Y GESTION DE INTERCONSULTAS PENDIENTES. REPORTE DE EGRESOS (GESTION DE ALTAS TEMPRANAS), NUTRICION PARA SUSPENSION DE DIETAS, TRABAJO SOCIAL PARA VERIFICACION DE COPAGOS Y RED DE APOYO FAMILIAR O SOCIAL, ENFERMERIA PARA GESTION DE TRAMITES ADMINISTRATIVOS EN FACTURACION, COMO ELABORACION DE PRE FACTURA. 3. GESTIONE LAS ESTANCIAS PROLONGADAS REALIZANDO CALCULO DE ESTANCIAS EN EL CENSO DE CAMAS, GESTIONANDO ESTANCIAS DESDE EL INGRESO DEL PACIENTE Y ESTANCIAS PROLONGADAS Y REGISTRANDO LAS ACTIVIDADES CON FINES ESTADISTICOS. 4. VERIFIQUE LOS ESTADOS DE TRAMITES ESPECIALES COMO: RESONANCIAS MAGNETICAS NUCLEARES, TOMOGRAFIAS AXIALES COMPUTARIZADAS, OTRAS IMAGENES EXTRA INSTITUCIONALES, OXIGENO DOMICILIARIO, CASOS SOCIALES, TRASLADOS A OTRAS UNIDADES DE LA SUBRED; GESTIONANDO EL PROGRAMA QUIRURGICO, VERIFICANDO SUFICIENCIA DE INSUMOS Y EQUIPOS CON ENFERMERIA E INSTRUMENTACION QUIRURGICA, SUFICIENCIA DE PERSONAL Y COORDINAR TRASLADOS DESDE OTRAS SEDES. 5. REALICE LAS DEMAS OBLIGACIONES QUE SEAN ENCARGADAS DESDE LA DIRECCION DE SERVICIOS HOSPITALARIOS O EL LIDER DE SEDE". 6. CAPACITE A LOS FUNCIONARIOS DE LA INSTITUCION CON EL FIN DE EVITAR LOS ERRORES E INCONSISTENCIAS EN EL PROCESO INTEGRAL DE ATENCION DE LOS USUARIOS QUE PUEDAN GENERAR OBJECIONES Y GLOSAS POR PARTE DE LOS DIFERENTES PAGADORES. AUDITAR LAS GLOSAS RECIBIDAS Y DAR RESPUESTA DE MANERA OPORTUNA Y DE ACUERDO CON LAS DIRECTRICES INSTITUCIONALES, CON EL FIN DE MANTENER LOS TIEMPOS DETERMINADOS POR LA LEGISLACION VIGENTE. ADELANTAR LA CONCILIACION DE GLOSAS Y REITERACION CON LOS DIFERENTES PAGADORES Y PRESTADORES DE SERVICIOS ASEGURANDO QUE SE AJUSTEN A LAS NORMAS TECNICAS Y CIENTIFICAS VIGENTES Y A LOS TERMINOS CONTRACTUALES, DENTRO DE TIEMPOS OPORTUNOS CON LO CUAL SE ESPERA OPTIMIZAR LA DISPONIBILIDAD DE RECURSOS DE LA INSTITUCION. INFORMAR A LAS DIFERENTES DEPENDENCIAS DE LA INSTITUCION ACERCA DE LAS CAUSALES DE LA GLOSA ACEPTADA CON LO CUAL SE ESPERA GENERAR POLITICAS DE AUTOCONTROL Y PLANES DE MEJORAMIENTO DE LA PRESTACION DEL SERVICIO. PARTICIPAR ACTIVAMENTE EN LOS COMITES PARA UNA EFECTIVA TOMA DE DECISIONES EN EL MEJORAMIENTO CONTINUO INSTITUCIONAL. REPORTAR ANTE EL AREA DE FACTURACION LOS HALLAZGOS REFERENTES A SUBFACTURACION Y SOBREFACTURACION. DAR RESPUESTA A LAS INQUIETUDES Y SOLICITUDES DE CONCEPTO DE LAS DIFERENTES AREAS DE LA INSTITUCION CON LO CUAL SE ASEGURA EL ADECUADO CUMPLIMIENTO DE LOS PROTOCOLOS INSTITUCIONALES Y LA NORMATIVIDAD VIGENTE. RECOLECCION DE SOPORTES PARA TRAMITE DE REFACTURACION O JURIDICO QUE SE GENEREN DE LAS DECISIONES TOMADAS POR EL COMITE DE GLOSA ADMINISTRATIVO Y ASISTENCIAL. REMITIR A LA OFICINA DE CONTROL INTERNO DISCIPLINARIOS LOS CASOS DE GLOSAS EN LOS QUE NO SE LLEGUE ACUERDO CON LOS PAGADORES PARA SU RESPECTIVO TRAMITE. SOLICITUD DIRECTA CON EL ESPECIALISTA TRATANTE DEL CONCEPTO MEDICO PARA SOPORTAR LA PERTINENCIA DE

LAS OBJECIONES INTERPUESTAS POR LOS PAGADORES.

1	

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° 7979003034	OPERADOR:	SOI

CONCEPTO DEL PAGO	ENTIDAD	FECHA DE PAGO	VALOR PAGADO
SALUD:	SANITAS	2025/08/19	$ 391.500
PENSIÓN:	PORVENIR	2025/08/19	$ 501.100
RIESGOS LABORALES:	SURA	2025/08/19	$ 76.300

OTRO			
TOTAL PAGADO			$ 968.900

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	*CRISTHIAN CAMILO FUENTES BRAVO* *PS_1885_2025_F8E0F8* **CRISTHIAN CAMILO FUENTES BRAVO** **CC: 1019063264**
FIRMA DE QUIEN VALIDA	*DEISY YANETH HENAO VILLALOBOS* *PS_1885_2025_F8E0F8* **DEISY YANETH HENAO VILLALOBOS** **SUPERVISOR ALTERNO**
FIRMA DE QUIEN CONVALIDA EL CUMPLIMIENTO DE LAS OBLIGACIONES PARA EL PRESENTE PERIODO DE PAGO	*PEDRO RICARDO GONZALEZ CAÑON* *PS_1885_2025_F8E0F8* **PEDRO RICARDO GONZALEZ CAÑON** **SUPERVISOR DEL CONTRATO**

PLANILLA INTEGRADA AUTOLIQUIDACIÓN APORTES
SOPORTE DE PAGO GENERAL

DATOS GENERALES DEL APORTANTE

TIPO IDENTIFICACIÓN:	CÉDULA DE CIUDADANÍA	NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN:	1019063264
NOMBRE Ó RAZÓN SOCIAL:			CRISTIAN CAMILO FUENTES BRAVO
CIUDAD/MUNICIPIO:	BOGOTA DISTRITO CAPITAL	DEPARTAMENTO:	BOGOTA - DISTRITO CAPITAL
DIRECCIÓN:	CR 111 #142 A-28	TELÉFONO:	6892577
TIPO APORTANTE:	02-INDEPENDIENTE	CLASE APORTANTE:	I-INDEPENDIENTE
TIPO EMPRESA:	PRIVADA	ACTIVIDAD ECONOMICA:	Otros trabajos de edición.
FORMA DE PRESENTACIÓN:	ÚNICO		
APORTANTE EXONERADO PAGO APORTES SALUD, SENA E ICBF (REFORMA TRIBUTARIA):			NO

DATOS GENERALES DE LA PLANILLA

NÚMERO PLANILLA:	**7979003034**			TIPO DE PLANILLA:	I-INDEPENDIENTES
PERIODO COTIZACIÓN OTROS	MES julio AÑO 2025			PERIODO COTIZACIÓN SALUD:	MES julio AÑO 2025
DÍAS DE MORA:	0				
FECHA PAGO (aaaa/mm/dd):	2025/08/19			NÚMERO AUTORIZACIÓN:	1712438896

TOTAL APORTES A PENSIÓN

ADMINISTRADORA		No. COTIZANTES	COTIZACIÓN	APORTES VOLUNTARIOS		FSP		MORA		TOTALES		
CÓDIGO	NOMBRE			EMPLEADOR	COTIZANTE	SOLIDARIDAD	SUBSISTENCIA	COTIZACIÓN	FSP	APORTES	MORA	VALOR PAGADO
230301	230301-PORVENIR	1	$ 501.100	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 501.100	$ 0	$ 501.100
SUBTOTALES:										**$ 501.100**	**$ 0**	**$ 501.100**

TOTAL APORTES A SALUD

ADMINISTRADORA		No. COTIZANTES	INCAPACIDAD POR ENFERMEDAD		LICENCIA MATERNIDAD		SALDO A FAVOR		LIQUIDACIÓN		MORA		TOTALES			
CÓDIGO	NOMBRE		NÚMERO AUTORIZACIÓN	VALOR	NÚMERO AUTORIZACIÓN	VALOR	PLANILLA	VALOR	COTIZACIÓN	VALOR ADRES	COTIZACIÓN	VALOR ADRES	APORTES	MORA	DESCUENTO	VALOR PAGADO
EPS005	EPS005-SANITAS S.A.	1		$ 0		$ 0		$ 0	$ 391.500	$ 0	$ 0	$ 0	$ 391.500	$ 0	$ 0	$ 391.500
SUBTOTALES:													**$ 391.500**	**$ 0**	**$ 0**	**$ 391.500**

TOTAL APORTES A RIESGOS PROFESIONALES

ADMINISTRADORA		No. COTIZANTES	INCAPACIDAD IRP			SALDO A FAVOR		LIQUIDACIÓN	TOTALES			
CÓDIGO	NOMBRE		NÚMERO AUTORIZACIÓN	VALOR	PAGO A OTROS RIESGOS	PLANILLA	VALOR	COTIZACIÓN	APORTES	MORA	DESCUENTO	VALOR PAGADO
14-11	14-11 - ARL SURA	1		$ 0	$ 0		$ 0	$ 76.300	$ 76.300	$ 0	$ 0	$ 76.300
SUBTOTALES:									**$ 76.300**	**$ 0**	**$ 0**	**$ 76.300**

LIQUIDACIÓN DETALLADA APORTES

DATOS DEL COTIZANTE										NOVEDADES																SEGURIDAD SOCIAL																					PARAFISCALES						
																										PENSIÓN									SALUD						ARP													
Nº	IDENTIFICACIÓN	NOMBRES	TIPO COTIZANTE	SUBTIPO COTIZANTE	SALARIO BÁSICO	TIPO DE SALARIO	COLOMBIANO	EXTRANJERO	REFORMA TRIBUTARIA	ING	RET	TDE	TAE	TDP	TAP	COR	VSP	VST	SLN	COM	IGE	LMA	VAC	AVP	VCT	IRP	ADMIN	DIAS COT	IBC	COTIZACIÓN	FSP SUBSISTENCIA	FSP SOLIDARIDAD	APORTES VOLUNTARIOS EMPLEADOR	APORTES VOLUNTARIOS EMPLEADO	INDICADOR TARIFA ESPECIAL	TOTAL APORTE	ADMIN	DIAS COT	IBC	COTIZACIÓN	VALOR ADRES	TOTAL APORTE	ADMIN	DIAS COT	IBC	CENTRO DE TRABAJO	TOTAL APORTE	DIAS COT	IBC	CCF ADMIN	CCF TOTAL APORTE	SENA TOTAL APORTE	ICBF TOTAL APORTE	ESAP TOTAL APORTE	MINEDU TOTAL APORTE
1	CC 1019063264	FUENTES BRAVO CRISTHIAN CAMILO	INDEPENDIENTE CONTRATO PRESTACIÓN DE SERVICIOS		$ 3.808.836				NO								01-30										230301-PORVENIR	30	$ 3.131.710	$ 501.100	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	Normal	$ 501.100	EPS005-SANITAS S.A.	30	$ 3.131.710	$ 391.500	$ 0	$ 391.500	14-11 - ARL SURA	30	$ 3.131.710	101906326	$ 76.300		$ 0		$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0

TOTAL PAGADO: $ 968.900

Planilla Pagada

PLANILLA INTEGRADA AUTOLIQUIDACIÓN APORTES
COMPROBANTE DE PAGO

DATOS GENERALES DEL APORTANTE

TIPO IDENTIFICACIÓN:	CÉDULA DE CIUDADANÍA	NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN:	1019063264
NOMBRE Ó RAZÓN SOCIAL:			CRISTIAN CAMILO FUENTES BRAVO
CIUDAD/MUNICIPIO:	BOGOTA DISTRITO CAPITAL	DEPARTAMENTO:	BOGOTA - DISTRITO CAPITAL
DIRECCIÓN:	CR 111 #142 A-28	TELÉFONO:	6892577
TIPO APORTANTE:	02-INDEPENDIENTE	CLASE APORTANTE:	I-INDEPENDIENTE
TIPO EMPRESA:	PRIVADA	ACTIVIDAD ECONOMICA:	Otros trabajos de edición.
FORMA DE PRESENTACIÓN:	ÚNICO		
APORTANTE EXONERADO PAGO APORTES SALUD, SENA E ICBF (REFORMA TRIBUTARIA):			NO

DATOS GENERALES DE LA PLANILLA

NÚMERO PLANILLA:	**7979003034**		TIPO DE PLANILLA:		I-INDEPENDIENTES
PERIODO COTIZACIÓN	MES:	julio	PERIODO COTIZACIÓN	MES:	julio
OTROS SUBSISTEMAS:	AÑO:	2025	SALUD:	AÑO:	2025
DÍAS DE MORA:		0			
FECHA PAGO (aaaa/mm/dd):		2025/08/19	NÚMERO AUTORIZACIÓN:		1712438896

NOVEDADES

ING	RET	TDE	TAE	TDP	TAP	COR	VSP	VST	SLN	COM	IGE	LMA	VAC	AVP	VCT	IRP
							X									

LIQUIDACIÓN GENERAL

			TOTALES	
			COTIZANTES	TOTAL PAGADO
PENSIÓN				
		ADMINISTRADORA		
NIT	CÓDIGO	NOMBRE		
8002248088	230301	230301-PORVENIR	1	$ 501.100
		SUBTOTAL:	1	**$ 501.100**
SALUD				
		ADMINISTRADORA		
NIT	CÓDIGO	NOMBRE		
8002514406	EPS005	EPS005-SANITAS S.A.	1	$ 391.500
		SUBTOTAL:	1	**$ 391.500**
RIESGOS PROFESIONALES				
		ADMINISTRADORA		
NIT	CÓDIGO	NOMBRE		
8909037905	14-11	14-11 - ARL SURA	1	$ 76.300
		SUBTOTAL:	1	**$ 76.300**

VALOR SIN MORA:	**$ 968.900**
VALOR MORA:	**$ 0**
TOTAL PAGADO:	**$ 968.900**

Planilla Pagada