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:	**JOSE FRANCISCO GONZALEZ HENRIQUEZ**			**CC:**	**84454444**
CORREO ELECTRÓNICO:	**PSICO.JOSEHENRIQUEZ@GMAIL.COM**			**TELÉFONO:**	**3001398105**
DIRECCIÓN DOMICILIO:	**KR 7B 144 95**			**CIUDAD:**	**BOGOTA**
BANCO AL CUAL CONSIGNAR:	**BANCO DAVIVIENDA S.A.**	**TIPO DE CUENTA:**	**AHORROS**	**N° CUENTA:**	**488426411226**

DATOS DEL CONTRATO O ADICION Y PERIODO OBJETO DE PAGO						
Nº DEL CONTRATO:	**PS 4188 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	**$ 3.110.176**					

JOSE FRANCISCO GONZALEZ HENRIQUEZ
PS_4188_2025_BFD5EC

NOMBRE Y FIRMA DEL CONTRATISTA:
JOSE FRANCISCO GONZALEZ HENRIQUEZ
CC: 84454444
CEL: 3001398105

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			
JOSE FRANCISCO GONZALEZ HENRIQUEZ			
	CON C.C N°	**84.454.444**	
OBJETO DEL CONTRATO:	PRESTAR SERVICIOS PROFESIONALES COMO PSICOLOGO (A) 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 4188 2025**	**FECHA INICIO CONTRATO**	**2025/01/01**
VALOR INICIAL DEL CONTRATO	$ 13.939.584	**No. HORAS EJECUTADAS**	**166**
VALOR TOTAL DEL CONTRATO INCLUIDO ADICIONES:	$ 33.781.008	**VALOR DE HONORARIOS PERÍODO A CERTIFICAR:**	$ 3.110.176
PLAZO DEL CONTRATO INCLUYENDO PRORROGAS	NUEVE (9) MESES		
UNIDAD FUNCIONAL DE EJECUCIÓN DE ACTIVIDADES:	HOSPITAL SANTA CLARA		
NOMBRE DEL SUPERVISOR:	HUGO GERMAN REYES GUERRERO		

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. realizar las actividades, procedimientos diagnósticos y terapéuticos determinados dentro del plan de manejo de su especialidad, con un alto nivel científico, ético y humano, de u manera oportuna y pertinente, en correspondencia con las necesidades de los pacientes, y teniendo en cuenta que todas las decisiones clínicas generadas en la atención medica procuraran el mejoramiento de la salud del paciente. 2. brindar atención en salud con oportunidad, integridad, suficiencia y pertinencia, en un ambiente de atención personalizada y humanizada, cumpliendo el principio de equidad y con énfasis en actividades, procedimientos, protocolos, intervenciones y guías de atención, de acuerdo a los estándares de habilitación y acreditación. 3. realizar las actividades según las necesidades de la subred dando cubertura en todas las unidades en donde se presta el servicio y sea requerido. 4. informar al paciente y su familia sobre la condición clínica, plan de manejo, atención y recomendaciones de egreso, generando un alto grado de satisfacción sobre los servicios prestados, resolviendo inquietudes relacionas con el proceso de atención. 5. diligenciar los registros de las atenciones, procedimientos, actividades e intervenciones, que permita mantener actualizados los informes estadísticos definidos por la normatividad vigente y todos aquellos registros necesarios para el cumplimiento de los procesos de costos y facturación. 6. respetarlos derechos del paciente, cumplir el código de ética medica y las disposiciones legales pertinentes propias de los servicios en donde se preste la atención. 7. realizar el seguimiento y control a pacientes en los que se requiera su participación e impartir instrucciones al equipo de salud sobre los procedimientos ordenados. 8. emitir conceptos médicos que se requieran, de conformidad a su especialidad, realizar resúmenes de historia clínica, epicrisis u otros documentos asistenciales o administrativos que sean solicitados. 9. diligenciar en forma completa, oportuna, sistematizada y legible en los casos en que se presenten falles del sistema, los formatos, la historia clínica, consentimiento informado, reportes de estudios y demás registros propios de su actuar, de acuerdo a lo establecido en la normatividad vigente, los procedimientos de auditoria y demás directrices relacionas con el manejo de historias clínicas y respaldando todas las actuaciones realizadas al paciente con la firma. 10. garantizar la debida reserva de la información del paciente y de los registros clínicos. 11. utilizar de manera adecuada los equipos, elementos e instalaciones y los recursos que la subred aporte al desarrollo de las actividades contratadas y responder por su reposición o reparación cuando los daños se ocasionen por negligencia o inadecuada manipulación de los mismos. 12. reportar al área de recursos físicos - activos fijos de la subred. los equipos de propiedad de contratista, que se destine a las actividades asistenciales. 13. el contratista deberá responder por la seguridad de los equipos que se encuentren bajo su custodia.

14. apoyar la elaboración de respuestas a reclamaciones y requerimientos que se presenten en desarrollo de la atención que se obliga a prestar a los usuarios o pacientes que demanden el servicio.
15. prestar el apoyo necesario para dar respuesta a objeciones iniciales, evitando así que se genere glosa definitiva o procesos de conciliación por parte de EAPB.
16. notificar los sucesos de seguridad que se presenten durante el proceso de atención al Página 3 de 4130 SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E APOYO GESTION DE CONTRATACION FORMATO MINUTA CONTRATOS OPS CÓDIGO: AP-IA-FT-076 VERSIÓN: 1 FECHA: 2024-07-04 paciente y apoyar en los análisis a los que sea convocado e implementar las acciones de mejora definidas para el servicio.
17. reportar los eventos de notificación obligatoria con la oportunidad establecida la normatividad vigente.
18. apoyar las actividades de docencia de servicio en la revista médica u otro espacio dirigidas a los estudiantes y/o personal del servicio, para el desarrollo y formación del recurso humano en salud.
19. instruir a la comunidad sobre la prevención de las enfermedades propias de su especialidad.
20. informar oportunamente al supervisor del contrato cualquier novedad que afecte el cumplimiento de sus obligaciones.
21. facilitar las labores de supervisión, evaluación y control que la subred realice forma directa por la subdirección de servicios de salud, la oficina de calidad y/o a través de terceros.
22. cumplir oportunamente las recomendaciones, oportunidades de mejora, actas de compromiso y demás solicitudes de la supervisión y de la oficina de calidad.
23. acreditar inscripción en el rethus, mipres y ruaf.
24. prestar el servicio de conformidad con la programación de agenda acordada con el supervisor de contrato, para el desarrollo de sus actividades.
25. participar en las investigaciones y estudios específicos de casos tendientes a resolver causas y soluciones a problemas propios de su especialidad relacionados con esta. 26. registrar en la historia clínica todas las acciones relativas al cuidado del paciente para dejar constancia científica y legal de lo actuado.
27. evaluar el resultado de las acciones medicas tomadas durante el servicio con el fin de ajustar las conductas.
28. establecer las medidas necesarias para brindar la atención con calidad permitiendo dar solución a las dificultades surgidas en el desarrollo del proceso de atención al paciente, integrando a las diferentes especialidades medico quirúrgicas y demás áreas del hospital que sean necesarias.
29. participar en la actualización, socialización y aplicación de protocolos y procedimientos según las guías de manejo del paciente con trastorno mental.
30. realizar registros y generar informes estadísticos de las actividades ejecutadas con el fin de evaluar el comportamiento población del hospital.

31. participar en el diseño y la planeación estratégica de la unidad funcionall para el logro de la visión institucional. contenidas en el formato de necesidad de personal que hace parte integral del presente contrato.

1

III. VERIFICACION DE ACTIVIDADES DESARROLLADAS

SE VERIFICA 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° 9489481990 - 9490614492	OPERADOR:	APORTES EN LINEA

CONCEPTO DEL PAGO	ENTIDAD	FECHA DE PAGO	VALOR PAGADO
SALUD:	SALUD TOTAL	2025/08/13	$ 190.300
PENSIÓN:	COLPENSIONES	2025/08/13	$ 243.600
RIESGOS LABORALES:	SURA	2025/08/13	$ 37.200
OTRO			
TOTAL PAGADO			$ 471.100

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	*JOSE FRANCISCO GONZALEZ HENRIQUEZ* *PS_4188_2025_BFD5EC* **JOSE FRANCISCO GONZALEZ HENRIQUEZ** **CC: 84454444**
FIRMA DE QUIEN VALIDA	*DEISY YANETH HENAO VILLALOBOS* *PS_4188_2025_BFD5EC* **DEISY YANETH HENAO VILLALOBOS** **SUPERVISOR ALTERNO**
FIRMA DE QUIEN CONVALIDA EL CUMPLIMIENTO DE LAS OBLIGACIONES PARA EL PRESENTE PERIODO DE PAGO	*HUGO GERMAN REYES GUERRERO* *PS_4188_2025_BFD5EC* **HUGO GERMAN REYES GUERRERO** **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 84454444		GONZALEZ HENRIQUEZ JOSE FRANCISCO	INDEPENDIENTE	PRINCIPAL	carrera 7h No 150 - 08	BOGOTA-BOGOTA D.E.	4214322	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	1000001015	9489481990	I	2025/08/13	2025/08/15	BANCO DE BOGOTA	2	$441,200

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)					$1,423,500	$227,800			$1,423,500	$178,000			$0	$0			$1,423,500	$34,700		$0	$0
Centro de Trabajo: PRINCIPAL (1 Afiliados)					$1,423,500	$227,800			$1,423,500	$178,000			$0	$0			$1,423,500	$34,700		$0	$0
Ciudad: BOGOTA Depto: BOGOTA D.E. (1 Afiliados)					$1,423,500	$227,800			$1,423,500	$178,000			$0	$0			$1,423,500	$34,700		$0	$0
1	CC	84454444	GONZALEZ JOSE	25-14	30	$1,423,500	$227,800	EPS002	30	$1,423,500	$178,000		0	$0	$0	14-4	30	$1,423,500	$34,700	0	$0	$0
Total		**Afiliados(1)**				$1,423,500	$227,800			$1,423,500	$178,000			$0	$0			$1,423,500	$34,700		$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 84454444		GONZALEZ HENRIQUEZ JOSE FRANCISCO	INDEPENDIENTE	PRINCIPAL	carrera 7h No 150 - 08	BOGOTA-BOGOTA D.E.	4214322	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	1000001015	9489481990	I	2025/08/13	2025/08/15	BANCO DE BOGOTA	2	$441,200

RESUMEN DE PAGO

RIESGO	CODIGO	NIT	DV	AFILIADOS	VALOR LIQUIDADO	INTERESES MORA	SALDOS E INCAPACIDADES	VALOR A PAGAR
AFP (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$227,800	$300	$0	$228,100
COLPENSIONES	25-14	900,336,004	7	1	$227,800	$300	$0	$228,100
ARL (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$34,700	$100	$0	$34,800
COLPATRIA ARP	14-4	860,002,183	9	1	$34,700	$100	$0	$34,800
EPS (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$178,000	$300	$0	$178,300
SALUD TOTAL	EPS002	800,130,907	4	1	$178,000	$300	$0	$178,300
TOTAL				1	$440,500	$700	$0	$441,200

Comprobante Liquidación

Datos Generales Del Aportante

Identificación	dv	Razon Social	Clase Aportante	Sucursal Principal	Correo Electrónico	Ciudad-Departamento	Celular
CC 84454444		GONZALEZ HENRIQUEZ JOSE FRANCISCO	INDEPENDIENTE	PRINCIPAL	fcb.josehenriquez@gmail.com	BOGOTA-BOGOTA D.E.	3001398105

Clave: 9490614492

Periodo Pensión: 2025-07 **Periodo Salud: 2025-07**

Pague hasta	Dias de Mora	Valor Mora	Total a Pagar
2025/08/22	9	$300	$30,600
2025/08/25	12	$400	$30,700
2025/08/26	13	$500	$30,800
2025/08/27	14	$500	$30,800
2025/08/28	15	$500	$30,800
2025/08/29	16	$500	$30,800

Riesgo	Administradoras	Afiliados	Total a Pagar
AFP	1	1	$15,800
COLPENSIONES		1	$15,800
ARL	1	1	$2,500
COLPATRIA ARP		1	$2,500
EPS	1	1	$12,300
SALUD TOTAL		1	$12,300
SUBTOTAL			$30,600
COMISION OPERADOR			$0
IVA			$0
TOTAL			$30,600

Canales de Pago

BANCARIOS

Banco AV Villas · Banco de Occidente · Banco de Bogotá

NO BANCARIOS

Efecty · éxito · SURTIMAX · Carulla

Cajas registradoras de los almacenes
Monto máximo por transacción $9.999.999

DATOS GENERALES DEL APORTANTE

Identificación	dv	Razon Social	Clase Aportante	Sucursal Principal	Direccion	Ciudad-Departamento	Teléfono	Exonerado SENA e ICBF
CC 84454444		GONZALEZ HENRIQUEZ JOSE FRANCISCO	INDEPENDIENTE	PRINCIPAL	carrera 7h No 150 - 08	BOGOTA-BOGOTA D.E.	4214322	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		9490614492	N	2025/08/13			9	

LIQUIDACION DETALLADA DE APORTES

EMPLEADO				NOVEDADES																PENSION		SALUD		CCF		RIESGOS			PARAFISCALES	
No.	Identificación		Nombre	ing	ret	tde	tae	tdp	tap	vsp	cor	vst	sln	ige	lma	vac	avp	vct	irl	vip	Codigo	Días	Codigo	Dias	Codigo	Dias	Codigo	Dias	Tarifa	Dias	Exonerado SENA e ICBF
SUCURSAL: PRINCIPAL (1 Afiliados)																														
Centro de Trabajo: PRINCIPAL (1 Afiliados)																														
Ciudad: BOGOTA Depto: BOGOTA D.E. (1 Afiliados)																														
1	CC	84454444	GONZALEZ JOSE								A			▫	▫						25-14	30	EPS002	30		0	14-4	30	2.436%	0	No
2	CC	84454444	GONZALEZ JOSE								C										25-14	30	EPS002	30		0	14-4	30	2.436%	0	No
Total			**Afiliados(1)**																											

DATOS GENERALES DEL APORTANTE

Identificación	dv	Razon Social	Clase Aportante	Sucursal Principal	Direccion	Ciudad-Departamento	Teléfono	Exonerado SENA e ICBF
CC 84454444		GONZALEZ HENRIQUEZ JOSE FRANCISCO	INDEPENDIENTE	PRINCIPAL	carrera 7h No 150 - 08	BOGOTA-BOGOTA D.E.	4214322	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		9490614492	N	2025/08/13			9	

RESUMEN DE PAGO

RIESGO	CODIGO	NIT	DV	AFILIADOS	VALOR LIQUIDADO	INTERESES MORA	SALDOS E INCAPACIDADES	VALOR A PAGAR
AFP (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$15,700	$100	$0	$15,800
COLPENSIONES	25-14	900,336,004	7	1	$15,700	$100	$0	$15,800
ARL (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$2,400	$100	$0	$2,500
COLPATRIA ARP	14-4	860,002,183	9	1	$2,400	$100	$0	$2,500
EPS (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$12,200	$100	$0	$12,300
SALUD TOTAL	EPS002	800,130,907	4	1	$12,200	$100	$0	$12,300
TOTAL				**1**	**$30,300**	**$300**	**$0**	**$30,600**