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:	**GERMAN EDUARDO MENDOZA PEÑA**			**CC:**	**1033771170**
CORREO ELECTRÓNICO:	**GEREDUMENPEN1995@GMAIL.COM**			**TELÉFONO:**	**3028544118**
DIRECCIÓN DOMICILIO:	**TV 5 G 48 P 54 SUR AP 301**			**CIUDAD:**	**BOGOTA**
BANCO AL CUAL CONSIGNAR:	**BANCO DAVIVIENDA S.A.**	**TIPO DE CUENTA:**	**AHORROS**	**N° CUENTA:**	**488411026757**

DATOS DEL CONTRATO O ADICION Y PERIODO OBJETO DE PAGO						
Nº DEL CONTRATO:	**PS 2822 2025**	**N° CDP:**	**2463**	**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	**$ 2.100.000**					

GERMAN EDUARDO MENDOZA PEÑA
PS_2822_2025_72FED1

NOMBRE Y FIRMA DEL CONTRATISTA:
GERMAN EDUARDO MENDOZA PEÑA
CC: 1033771170
CEL: 3028544118

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			
GERMAN EDUARDO MENDOZA PEÑA			
	CON C.C N°	**1.033.771.170**	
OBJETO DEL CONTRATO:	PRESTAR SERVICIOS COMO BACHILLER AUTORIZADOR Y ADMISIONISTA 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 2822 2025**	**FECHA INICIO CONTRATO**	**2025/01/01**
VALOR INICIAL DEL CONTRATO	$ 5.927.856	**No. HORAS EJECUTADAS**	**0**
VALOR TOTAL DEL CONTRATO INCLUIDO ADICIONES:	$ 20.851.142	**VALOR DE HONORARIOS PERÍODO A CERTIFICAR:**	$ 2.100.000
PLAZO DEL CONTRATO INCLUYENDO PRORROGAS	NUEVE (9) MESES		
UNIDAD FUNCIONAL DE EJECUCIÓN DE ACTIVIDADES:	HOSPITAL LA VICTORIA		
NOMBRE DEL SUPERVISOR:	RONALD AGUILAR GOMEZ		

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 ENTREGA DE TURNO MEDIANTE EL LIBRO PARA TAL FIN DONDE SE DEBERA REGISTRAR TODAS LA NOVEDADES A QUE HAYA LUGAR, PARA REALIZAR SEGUIMIENTO POR EL COLABORADOR QUE RECIBE Y ASI DAR CONTINUIDAD A LA CONSECUCION DE LAS AUTORIZACIONES OPORTUNAMENTE, ENTREGA QUE SE DEBE HACER PERSONALIZADAMENTE EN EL SERVICIOS DE URGENCIAS, DONDE HAY CONTINUIDAD DE 24 HORAS
2	REALICE SEGUIMIENTO A LOS CASOS QUE DESDE LA GESTION INICIAL NO SE OBTENGA LA AUTORIZACION (CORREO,TELEFONIO Y/O POR PLATAFORMAS), ESTO CON EL FIN QUE AL FINAL CONTEMOS CON AUTORIZACION DE LOS SERVICIOS SOLICITADOS
3	REALICE GESTION DE AUTORIZACIONES SEGUN LOS ESTABLECIDO EN LA RESOLUCION 3047_2008 Y LOS MECANISMOS DADO POR CADA EAPB DESDE LA URGENCIA, ESTANCIA Y PROCEDIMIENTOS SEGUN EL SERVICIO EN DODE SE ENCUENTRE UBICADO EL PACIENTE
4	REGISTRE EN EL APLICATIVO DE BITACORAS EN EL ESTADO DE AFILIACION , LO SPROBLEMAS DE ASEGURAMIENTO QUE SE IDENTIFIQUE DESDE EL INGRESO AL PACIENTE Y/O ACOMPAÑANTE
5	REALICE REPORTE A TRABAJO SOCIAL , DESDE EL INGRESO Y/O EN EL MOMENTO QUE SE IDENTIFIQUE QUE SE PRESENTAN INCONSISTENCIA Y/O PROBLEMAS DE ASEGURAMIENTO EN LOS PACIENTES QUE INGRESAN A LA INSTITUCION
6	REALICE APERTURA DEL INGRESO CON TODOS LOS DATOS CORRESPONDIENTES TALES COMO N° DE DOCUMENTO DE IDENTIDAD, NOMBRES Y APELLIDOS, DIRECCION, TELEFONO, NOMBRE DEL ACOMPAÑANTE Y/O ACTUALIZACION DE LOS MISMOS EN EL SISTEMA DE INFORMACION DINAMICA GERENCIAL
7	REALICE VERIFICACION EN TODAS LAS BASES DE DATOS (FOSYGA, DNP, BDUA, COMPROBADOR, WEB, PAGINAS DE LAS EAPB, ENTRE OTRAS), EL ESTADO DE AFILIACION DEL PACIENTE O LOS PACIENTES, TANTO POR NUMERO DE DOCUMENTOS COMO POR NOMBRES Y APELLIDOS, ESTO CON EL FIN DE REALIZAR UNA CORRECTA IDENTIFICACION DE LA EAPB DE CADA UNO DE LOS PACIENTES INGRESADOS POR ITEM 1Y 2
8	REGISTRE MEDIANTE UN INGRESO EN EL SISTEMA DE INFORMACION DINAMICA GERENCIAL LOS PACIENTES QUE INGRESEN A NUESTRA INSTITUCION Y SE HAN CLASIFICADOS MEDIANTE UN TRIAGE I,II,Y II
9	REGISTRE MEDIANTE INGRESO TODOS LOS PACIENTES QUE CUENTEN CON PROGRAMACION DE CIRUGIAS AMBULATORIAS
10	DEJE TODOS LOS SOPORTES DE VERIFICACION DE DERECHOS EN EL SISTEMA DE INFORMACION DINAMICA GERENCIAL EN EL ITEM DE REQUERIMIENTOS Y REALIZAR ACTUALIZACION PERIODICAMENTE MIENTRAS EL PACIENTE SE ENCUENTRE EN ALGUNO DE LOS SERVICIOS DE NUESTRA INSTITUCION
11	ASISTI A LAS REUNIONES Y CAPACITACIONES PROGRAMADAS POR EL AREA Y/O LAS INTITUCIONALES; , MUTUAL SER
12	SUBI LOS SOPORTES DE LA GESTION DE AUTORIZACION EN EL SISTEMA DE INFORMACION DINAMICA GERENCIAL (URGENCIA , ESTANCIAS Y PROCEDIMIENTOS)

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° 9489702991	OPERADOR:	APORTES EN LINEA

CONCEPTO DEL PAGO	ENTIDAD	FECHA DE PAGO	VALOR PAGADO
SALUD:	COMPENSAR	2025/08/15	$ 178.000
PENSIÓN:	COLFONDOS	2025/08/15	$ 227.800
RIESGOS LABORALES:	SURA	2025/08/15	$ 34.700
OTRO			
TOTAL PAGADO			$ 440.500

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	*GERMAN EDUARDO MENDOZA PEÑA* *PS_2822_2025_72FED1* **GERMAN EDUARDO MENDOZA PEÑA** **CC: 1033771170**
FIRMA DE QUIEN VALIDA	*YENI ROCIO AVILA RONDON* *PS_2822_2025_72FED1* **YENI ROCIO AVILA RONDON** **SUPERVISOR ALTERNO**
FIRMA DE QUIEN CONVALIDA EL CUMPLIMIENTO DE LAS OBLIGACIONES PARA EL PRESENTE PERIODO DE PAGO	*RONALD AGUILAR GOMEZ* *PS_2822_2025_72FED1* **RONALD AGUILAR GOMEZ** **SUPERVISOR DEL CONTRATO**

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 1033771170		MENDOZA PEÑA GERMAN EDUARDO	INDEPENDIENTE	PRINCIPAL	TRANSVERSAL 5G 48P 54 SUR APTO 301	BOGOTA-BOGOTA D.E.	5555555	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	1703089116	9489702991	I	2025/08/20	2025/08/15	BANCO DAVIVIENDA	0	$440,500

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	1033771170 MENDOZA GERMAN	231001	30	$1,423,500	$227,800	EPS008	30	$1,423,500	$178,000		0	$0	$0	14-11	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 1033771170		MENDOZA PEÑA GERMAN EDUARDO	INDEPENDIENTE	PRINCIPAL	TRANSVERSAL 5G 48P 54 SUR APTO 301	BOGOTA-BOGOTA D.E.	5555555	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	1703089116	9489702991	I	2025/08/20	2025/08/15	BANCO DAVIVIENDA	0	$440,500

RESUMEN DE PAGO

RIESGO	CODIGO	NIT	DV	AFILIADOS	VALOR LIQUIDADO	INTERESES MORA	SALDOS E INCAPACIDADES	VALOR A PAGAR
AFP (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$227,800	$0	$0	$227,800
COLFONDOS	231001	800,227,940	6	1	$227,800	$0	$0	$227,800
ARL (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$34,700	$0	$0	$34,700
ARL SURA	14-11	890,903,790	5	1	$34,700	$0	$0	$34,700
EPS (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$178,000	$0	$0	$178,000
COMPENSAR	EPS008	860,066,942	7	1	$178,000	$0	$0	$178,000
TOTAL				1	$440,500	$0	$0	$440,500