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:	**CRISTIAN DAVID MENDIVIL MARTINEZ**			**CC:**	**1101782922**
CORREO ELECTRÓNICO:	**CMENDIVIL922@UAN.EDU.CO**			**TELÉFONO:**	**3028334407**
DIRECCIÓN DOMICILIO:	**KR 13D 40G 59 SUR**			**CIUDAD:**	**BOGOTA**
BANCO AL CUAL CONSIGNAR:	**BANCO CAJA SOCIAL**	**TIPO DE CUENTA:**	**AHORROS**	**N° CUENTA:**	**24127878421**

DATOS DEL CONTRATO O ADICION Y PERIODO OBJETO DE PAGO						
Nº DEL CONTRATO:	**PS 1918 2025**	**N° CDP:**	**2503**	**N°. RP:**	**0**	**PLAZO DEL CONTRATO INCLUIDAS PRORROGAS: DIEZ (10) MESES**
FECHA DE INICIO CONTRATO	**2025/01/01**	**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	**$ 3.893.400**					

CRISTIAN DAVID MENDIVIL MARTINEZ
PS_1918_2025_EBF223

NOMBRE Y FIRMA DEL CONTRATISTA:
CRISTIAN DAVID MENDIVIL MARTINEZ
CC: 1101782922
CEL: 3028334407

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			
CRISTIAN DAVID MENDIVIL MARTINEZ			
	CON C.C N°	**1.101.782.922**	
OBJETO DEL CONTRATO:	PRESTAR SERVICIOS COMO PROFESIONAL DE APOYO A LA GESTION PARA DESARROLLAR ACTIVIDADES EN LA DIRECCION ADMINISTRATIVA DE LA SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E.		
CONTRATO DE PRESTACION DE SERVICIOS PROFESIONALES No.	**PS 1918 2025**	**FECHA INICIO CONTRATO**	**2025/01/01**
VALOR INICIAL DEL CONTRATO	$ 11.680.200	**No. HORAS EJECUTADAS**	**0**
VALOR TOTAL DEL CONTRATO INCLUIDO ADICIONES:	$ 38.934.000	**VALOR DE HONORARIOS PERÍODO A CERTIFICAR:**	$ 3.893.400
PLAZO DEL CONTRATO INCLUYENDO PRORROGAS	DIEZ (10) MESES		
UNIDAD FUNCIONAL DE EJECUCIÓN DE ACTIVIDADES:	HOSPITAL SANTA CLARA		
NOMBRE DEL SUPERVISOR:	MARIA LORENA ROJAS VAN STRAHLEN		

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	Se realizó seguimiento y control de las actividades reportadas a la plataforma de la mesa de ayuda durante el mes de Agosto 2025, emitiendo las respuestas para su respectivo cierre en el aplicativo.
2	Se realizó seguimiento de los mantenimientos preventivos reportados en el plan de mantenimiento, para consolidación de Plan Operativo Anual del mes de mayo adicional se realizó el certificado de veracidad para la sustentación del indicador
3	Se mantiene actualizado el registro de actividades de mantenimiento preventivo dentro del cronograma de mantenimiento de la infraestructura de las sedes de la Subred Centro Oriente ESE, del mes de agosto 2025
4	Se coordinó las actividades de mantenimiento preventivo y correctivo del mes de agosto 2025 del área de infraestructura con la empresa Uningecol SA, encargada de realizar las acciones correspondientes
5	Se entregan soportes para cargue de información del indicador de fénix del mes de julio 2025
6	Se realiza la solicitud de adición y prorroga de los contratos de Oxiservicios MD LTDA, Smart meter SAS y Uningecol SA
7	Se realizó seguimiento de las acciones, solicitudes, peticiones, PQRS recibidas mediante correo electrónico institucional del área de infraestructura, emitiendo respuestas en cada solicitud.
8	Se realiza certificaciones de facturas del contrato UNINGECOL SA cuyo objeto es SERVICIO DE MANTENIMIENTO PREVENTIVO Y CORRECTIVO DE LA INFRAESTRUCTURA FISICA HOSPITALARIA INCLUYENDO MANTENIMIENTO A LAS INSTALACIONES ELÉCTRICAS, HIDRÁULICAS, MECÁNICAS Y ÁREAS ADYACENTES, EQUIPOS DE USO INDUSTRIAL (PLANTAS ELÉCTRICAS, CALDERAS, COMPRESORES, BOMBAS DE AGUA POTABLE, EQUIPOS DE REFRIGERACIÓN Y AIRE ACONDICIONADO, ASCENSORES, UPS, SISTEMAS SOLARES, ENTRES OTROS) Y MOBILIARIO PARA USO ADMINISTRATIVO Y ASISTENCIAL DE LA SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E.
9	Se realiza certificantes de facturas del contrato SMARTMETER SAS cuyo objeto es CONTRATAR SERVICIOS DE MANTENIMIENTO PREVENTIVO Y CORRECTIVO INCLUIDO EL SUMINISTRO DE REPUESTOS Y/O ACCESORIOS, PARA LOS SISTEMAS Y SUBSISTEMAS DE REDES DE GASES MEDICINALES (BOMBAS DE VACIO, MANIFOULD, ALARMAS, COMPRESORES) DE LA SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E

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° 9489279322	OPERADOR:	APORTES EN LINEA

CONCEPTO DEL PAGO	ENTIDAD	FECHA DE PAGO	VALOR PAGADO
SALUD:	SANITAS	2025/08/13	$ 194.700
PENSIÓN:	COLPENSIONES	2025/08/13	$ 249.200
RIESGOS LABORALES:	SEGUROS BOLIVAR	2025/08/13	$ 38.000
OTRO			
TOTAL PAGADO			$ 481.900

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	*CRISTIAN DAVID MENDIVIL MARTINEZ* *PS_1918_2025_EBF223* **CRISTIAN DAVID MENDIVIL MARTINEZ** **CC: 1101782922**
FIRMA DE QUIEN VALIDA	*NICOLAS SANCHEZ LOZANO* *PS_1918_2025_EBF223* **NICOLAS SANCHEZ LOZANO** **SUPERVISOR ALTERNO**
FIRMA DE QUIEN CONVALIDA EL CUMPLIMIENTO DE LAS OBLIGACIONES PARA EL PRESENTE PERIODO DE PAGO	*MARIA LORENA ROJAS VAN STRAHLEN* *PS_1918_2025_EBF223* **MARIA LORENA ROJAS VAN STRAHLEN** **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 1101782922		MENDIVIL MARTINEZ CRISTIAN DAVID	INDEPENDIENTE	PRINCIPAL	CARRERA 13A#40D-14 SUR	BOGOTA-BOGOTA D.E.	2727197	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	1697573951	9489279322	I	2025/08/08	2025/08/13	BANCO CAJA SOCIAL	5	$483,600

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)					$1,557,360	$249,200			$1,557,360	$194,700			$0	$0			$1,557,360	$38,000		$0	$0
Centro de Trabajo: PRINCIPAL (1 Afiliados)					$1,557,360	$249,200			$1,557,360	$194,700			$0	$0			$1,557,360	$38,000		$0	$0
Ciudad: BOGOTA Depto: BOGOTA D.E. (1 Afiliados)					$1,557,360	$249,200			$1,557,360	$194,700			$0	$0			$1,557,360	$38,000		$0	$0
1	CC	1101782922	MENDIVIL CRISTIAN	25-14	30	$1,557,360	$249,200	EPS005	30	$1,557,360	$194,700		0	$0	$0	14-7	30	$1,557,360	$38,000	0	$0	$0
Total		**Afiliados(1)**				$1,557,360	$249,200			$1,557,360	$194,700			$0	$0			$1,557,360	$38,000		$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 1101782922		MENDIVIL MARTINEZ CRISTIAN DAVID	INDEPENDIENTE	PRINCIPAL	CARRERA 13A#40D-14 SUR	BOGOTA-BOGOTA D.E.	2727197	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	1697573951	9489279322	I	2025/08/08	2025/08/13	BANCO CAJA SOCIAL	5	$483,600

RESUMEN DE PAGO

RIESGO	CODIGO	NIT	DV	AFILIADOS	VALOR LIQUIDADO	INTERESES MORA	SALDOS E INCAPACIDADES	VALOR A PAGAR
AFP (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$249,200	$800	$0	$250,000
COLPENSIONES	25-14	900,336,004	7	1	$249,200	$800	$0	$250,000
ARL (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$38,000	$200	$0	$38,200
SEGUROS BOLIVAR	14-7	860,002,503	2	1	$38,000	$200	$0	$38,200
EPS (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$194,700	$700	$0	$195,400
SANITAS	EPS005	800,251,440	6	1	$194,700	$700	$0	$195,400
TOTAL				**1**	**$481,900**	**$1,700**	**$0**	**$483,600**