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: (30-09-2025)					
NOMBRES Y APELLIDOS:	**STEVENS AYALA AGUILAR**			**CC:**	**80766418**
CORREO ELECTRÓNICO:	**STEVENAYALA@GMAIL.COM**			**TELÉFONO:**	**3175151715**
DIRECCIÓN DOMICILIO:	**CL 127 N° 87 - 51**			**CIUDAD:**	**BOGOTA**
BANCO AL CUAL CONSIGNAR:	**BBVA COLOMBIA**	**TIPO DE CUENTA:**	**AHORROS**	**N° CUENTA:**	**074124165**

DATOS DEL CONTRATO O ADICION Y PERIODO OBJETO DE PAGO						
Nº DEL CONTRATO:	**PS 1875 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 2025/09/01 AL 2025/09/30**					
VALOR A PAGAR CORRESPONDIENTE AL PERIODO OBJETO DE COBRO	**$ 6.348.060**					

STEVENS AYALA AGUILAR
PS_1875_2025_B06851

NOMBRE Y FIRMA DEL CONTRATISTA:
STEVENS AYALA AGUILAR
CC: 80766418
CEL: 3175151715

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			
STEVENS AYALA AGUILAR			
	CON C.C N°	**80.766.418**	
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 1875 2025**	**FECHA INICIO CONTRATO**	**2025/01/01**
VALOR INICIAL DEL CONTRATO	$ 14.106.800	**No. HORAS EJECUTADAS**	**180**
VALOR TOTAL DEL CONTRATO INCLUIDO ADICIONES:	$ 72.367.884	**VALOR DE HONORARIOS PERÍODO A CERTIFICAR:**	$ 6.348.060
PLAZO DEL CONTRATO INCLUYENDO PRORROGAS	NUEVE (9) MESES		
UNIDAD FUNCIONAL DE EJECUCIÓN DE ACTIVIDADES:	HOSPITAL SANTA CLARA		
NOMBRE DEL SUPERVISOR:	GUILLERMO RUBIO GUIZA		

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	1. Informo al paciente y sus familiares sobre la condición clínica, plan de manejo, atención y recomendaciones de egreso, conocer el grado de satisfacción sobre los servicios prestados y resuelvo inquietudes relacionadas con el proceso de atención, todo de acuerdo al protocolo institucional de entrega de información. 2. Participó en la elaboración, actualización, implementación y adherencia de guías, manuales, procedimientos y protocolos que apliquen al servicio. 3. Realizó seguimiento y control a pacientes hospitalizados en los que se requiera su participación. 4. Emito conceptos médicos que se le requieran, realizar resúmenes de historia clínica, epicrisis u otros documentos asistenciales o administrativos que sean solicitados. 5. Registro en forma completa, oportuna, sistematizada y legible la historia clínica, consentimiento informado realizados al paciente con sello y firma. 6. Tengo disposición de participar en la programación de actividades del servicio y todo lo requerido. 7. Diligencio y reporto oportunamente los certificados de estadísticas vitales de acuerdo a la normatividad vigente. 8. Participó de forma activa en las jornadas de capacitación, inducción, reuniones, comités y eventos a los cuales sea convocado. 9. Se presta el apoyo necesario para dar respuesta a objeciones iníciales evitando así que se genere Glosa Definitiva o procesos de Conciliación por parte de EPS-S-EAPB cuando esta actividad es requerida por el líder del servicio. Registros de notas aclaratorias en dinámica gerencial. 10. Reporto los eventos de notificación obligatoria con la oportunidad establecida en la normatividad vigente con el diligenciamiento de fichas de notificación a SIVIGILA. 11. Presto servicios asistenciales respetando la autonomía institucional de la subred, su visión, misión, estructura orgánica reglamentos administrativos, técnicos, científicos y disciplinarios, acogiendo las directrices institucionales 12. Cumplo oportunamente con las recomendaciones, oportunidades de mejora, actas de compromiso y demás solicitudes de la Supervisión y de la Oficina de Calidad. 13. Respeto los derechos del paciente, cumplo el código de ética medica y las disposiciones legales pertinentes propias de los servicios en donde se preste la atención. 14. Garantizo la reserva de la información del paciente y de los registros clínicos.

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 (2025-09-01) AL (2025-09-30)

IV. INFORMACIÓN DE APORTES A SEGURIDAD SOCIAL

No. DE PLANILLA:	N° 9491396740-9492125309	OPERADOR:	MI PLANILLA

CONCEPTO DEL PAGO	ENTIDAD	FECHA DE PAGO	VALOR PAGADO
SALUD:	SURA	2025/09/03	$ 338.600
PENSIÓN:	COLPENSIONES	2025/09/03	$ 433.400
RIESGOS LABORALES:	SEGUROS BOLIVAR	2025/09/03	$ 66.000
OTRO			
TOTAL PAGADO			$ 838.000

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	*STEVENS AYALA AGUILAR* *PS_1875_2025_B06851* **STEVENS AYALA AGUILAR** **CC: 80766418**
FIRMA DE QUIEN VALIDA	*DEISY YANETH HENAO VILLALOBOS* *PS_1875_2025_B06851* **DEISY YANETH HENAO VILLALOBOS** **SUPERVISOR ALTERNO**
FIRMA DE QUIEN CONVALIDA EL CUMPLIMIENTO DE LAS OBLIGACIONES PARA EL PRESENTE PERIODO DE PAGO	*GUILLERMO RUBIO GUIZA* *PS_1875_2025_B06851* **GUILLERMO RUBIO GUIZA** **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 80766418		AYALA AGUILAR STEVENS	INDEPENDIENTE	PRINCIPAL	carrera 71b No 71-73	BOGOTA-BOGOTA D.E.	6041213	No

DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION

Periodo		Clave		Tipo	Fecha		Pago		
Pensión	Salud	Pago	Planilla	Planilla	Limite	Pago	Banco	Dias Mora	Valor
2025-08	2025-08	1748766420	9491396740	I	2025/09/04	2025/09/03	BANCO BBVA COLOMBIA S.A.	0	$785,700

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
1	CC	80766418	AYALA STEVENS	25-14	30	$2,539,224	$406,300	EPS010	30	$2,539,224	$317,500		0	$0	$0	14-7	30	$2,539,224	$61,900	0	$0	$0
Total	**Afiliados(1)**					**$2,539,224**	**$406,300**			**$2,539,224**	**$317,500**			**$0**	**$0**			**$2,539,224**	**$61,900**		**$0**	**$0**

RESUMEN DE PAGO

RIESGO	CODIGO	NIT	DV	AFILIADOS	VALOR LIQUIDADO	INTERESES MORA	SALDOS E INCAPACIDADES	VALOR A PAGAR
AFP (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$406,300	$0	$0	$406,300
COLPENSIONES	25-14	900,336,004	7	1	$406,300	$0	$0	$406,300
ARL (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$61,900	$0	$0	$61,900
SEGUROS BOLIVAR	14-7	860,002,503	2	1	$61,900	$0	$0	$61,900
EPS (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$317,500	$0	$0	$317,500
EPS SURA (ANTES SUSALUD)	EPS010	800,088,702	2	1	$317,500	$0	$0	$317,500
TOTAL				1	$785,700	$0	$0	$785,700

2025/09/03 09:36 AM

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 80766418		AYALA AGUILAR STEVENS	INDEPENDIENTE	PRINCIPAL	carrera 71b No 71-73	BOGOTA-BOGOTA D.E.	6041213	No

DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION

Periodo		Clave		Tipo	Fecha		Pago		
Pensión	Salud	Pago	Planilla	Planilla	Limite	Pago	Banco	Dias Mora	Valor
2025-08	2025-08	1794149443	9492125309	N	2025/09/04	2025/09/22	BANCO BBVA COLOMBIA S.A.	18	$53,100

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
1	CC	80766418	AYALA STEVENS	25-14	30	($2,539,224)	($406,300)	EPS010	30	($2,539,224)	($317,500)		0	$0	$0	14-7	30	($2,539,224)	($61,900)	0	$0	$0
2	CC	80766418	AYALA STEVENS	25-14	30	$2,708,505	$433,400	EPS010	30	$2,708,505	$338,600		0	$0	$0	14-7	30	$2,708,505	$66,000	0	$0	$0
Total	**Afiliados(1)**					**$169,281**	**$27,100**			**$169,281**	**$21,100**			**$0**	**$0**			**$169,281**	**$4,100**		**$0**	**$0**

RESUMEN DE PAGO

RIESGO	CODIGO	NIT	DV	AFILIADOS	VALOR LIQUIDADO	INTERESES MORA	SALDOS E INCAPACIDADES	VALOR A PAGAR
AFP (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$27,100	$400	$0	$27,500
COLPENSIONES	25-14	900,336,004	7	1	$27,100	$400	$0	$27,500
ARL (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$4,100	$100	$0	$4,200
SEGUROS BOLIVAR	14-7	860,002,503	2	1	$4,100	$100	$0	$4,200
EPS (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$21,100	$300	$0	$21,400
EPS SURA (ANTES SUSALUD)	EPS010	800,088,702	2	1	$21,100	$300	$0	$21,400
TOTAL				1	$52,300	$800	$0	$53,100