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:	**JOHN ANDREY CASTRO BENAVIDES**			**CC:**	**1022965013**
CORREO ELECTRÓNICO:	**JOHNCASTRO1503@GMAIL.COM**			**TELÉFONO:**	**3134393506**
DIRECCIÓN DOMICILIO:	**KR 5 ESTE 97B 58 SUR**			**CIUDAD:**	**BOGOTA**
BANCO AL CUAL CONSIGNAR:	**BANCO DAVIVIENDA S.A.**	**TIPO DE CUENTA:**	**AHORROS**	**N° CUENTA:**	**8400693811**

DATOS DEL CONTRATO O ADICION Y PERIODO OBJETO DE PAGO						
Nº DEL CONTRATO:	**PS 1407 2025**	**N° CDP:**	**2510**	**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 2025/09/01 AL 2025/09/30**					
VALOR A PAGAR CORRESPONDIENTE AL PERIODO OBJETO DE COBRO	**$ 3.143.560**					

JOHN ANDREY CASTRO BENAVIDES
PS_1407_2025_9C2C4D

NOMBRE Y FIRMA DEL CONTRATISTA:
JOHN ANDREY CASTRO BENAVIDES
CC: 1022965013
CEL: 3134393506

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			
JOHN ANDREY CASTRO BENAVIDES			
	CON C.C N°	**1.022.965.013**	
OBJETO DEL CONTRATO:	PRESTAR SERVICIOS COMO TECNOLOGO 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 1407 2025**	**FECHA INICIO CONTRATO**	**2025/01/01**
VALOR INICIAL DEL CONTRATO	$ 9.430.680	**No. HORAS EJECUTADAS**	**0**
VALOR TOTAL DEL CONTRATO INCLUIDO ADICIONES:	$ 31.435.600	**VALOR DE HONORARIOS PERÍODO A CERTIFICAR:**	$ 3.143.560
PLAZO DEL CONTRATO INCLUYENDO PRORROGAS	DIEZ (10) MESES		
UNIDAD FUNCIONAL DE EJECUCIÓN DE ACTIVIDADES:	HOSPITAL SANTA CLARA		
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	1 Realice la descarga de reporte en el aplicativo de DINAMICA GENRENCIAL. 2 Realice cruces de información, verificando la facturación de actividades intermedias, según el detallado de facturación, para el régimen subsidiado (cantidad 322673) y contributivo (cantidad 13659) según el anexo técnico 9 del contrato 003 3 Notifique inconsistencias por errores de facturación a las unidades, referentes y analistas. Total registros reportados subsidiado (2.740) y movilidad (112) 4 Realice cruces de información, verificando actividades finales en la facturación a tarifa 2423/96 y según manual de facturación del contrato 003 de PGP (ANEXO TECNICO 6) en el detallado de facturación. Para el régimen subsidiado (registros (8916) y contributivo actividades (registros 774) 5 Agrupe actividades FINALES vs INTERMEDIAS Regimen Subsidiado (Registros 331589) y movilidad (Registros 14433) 6 Realice anexo tecnico 1 agrupando actividades finales según manual de facturación anexo tecnico 6 del contrato 003/2023 adicion presupuestaL Subdiado (8916) y movilidad (774) 7 Verifique en dinámica gerencial, en el modulo de historia clínica procedimientos quirúrgicos total registros 1826 , egresos especializados total registros 1928, consultas de urgencias total registros 5863 y unidad renal 73 8 Realice seguimiento y control por unidad de las inconsistencias reportadas, total registro reportados al mes 2852 9 Socialice Anexos técnicos del PGP para revisión y cumplimiento de SENDAS, previo a la radicación, envío de sendas parciales, para conocimiento de las diferentes áreas. 10 Genere las Facturas Globales por el techo del contrato 003 factura SSCO0007668033$ $ 14.649.658.277$ (SUBSIDIADO) 11 Realice las Facturas Globales por el techo del contrato 003 factura SSCO0007668032 $ $ 1.024.185.096 (CONTRIBUTIVO) 12 Realice Oficios con la relación de las TIPOLOGÍAS mensuales para su respectiva radicación. 13 Asistí a las reuniones programadas por el área, se cumple con la asistencia a las diferentes reuniones. 14 Asistí a conciliaciones con EPS capital salud para subsanar glosas administrativas (Primer semestre año 2023 2024 Y 2025) además, asistencia a reunión de ejecución de contrato 003 15 Informe oportunamente a la coordinación de facturación las razones que podría dificultar o evitar la radicación oportuna de las cuentas de cobro. 16 Busque Diagnósticos para actividades finales, según anexo 1, de los informes de la DGH.17. Realice capacitación a los facturadores en las inconsistencias evidenciadas durante el periodo de septiembre

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° 89817716	OPERADOR:	MI PLANILLA

CONCEPTO DEL PAGO	ENTIDAD	FECHA DE PAGO	VALOR PAGADO
SALUD:	SANITAS	2025/09/12	$ 179.100
PENSIÓN:	COLFONDOS	2025/09/12	$ 229.100
RIESGOS LABORALES:	SURA	2025/09/12	$ 34.900
OTRO			
TOTAL PAGADO			$ 443.100

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	*JOHN ANDREY CASTRO BENAVIDES* *PS_1407_2025_9C2C4D* **JOHN ANDREY CASTRO BENAVIDES** **CC: 1022965013**
FIRMA DE QUIEN VALIDA	*YAMILE CANO HERRERA* *PS_1407_2025_9C2C4D* **YAMILE CANO HERRERA** **SUPERVISOR ALTERNO**
FIRMA DE QUIEN CONVALIDA EL CUMPLIMIENTO DE LAS OBLIGACIONES PARA EL PRESENTE PERIODO DE PAGO	*RONALD AGUILAR GOMEZ* *PS_1407_2025_9C2C4D* **RONALD AGUILAR GOMEZ** **SUPERVISOR DEL CONTRATO**