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: 7
FECHA: 2025-06-09

DATOS DEL CONTRATISTA					
FECHA DE DILIGENCIAMIENTO: (31-10-2025)					
NOMBRES Y APELLIDOS:	**JULIO CESAR LOPEZ RAMIREZ**			**CC:**	**5822778**
CORREO ELECTRÓNICO:	**JULIOCESARLOPEZR@HOTMAIL.COM**			**TELÉFONO:**	**3017150794**
DIRECCIÓN DOMICILIO:	**KR 12 169 50 MZ 36 CS 47 VILLAS DE ARANJUEZ**			**CIUDAD:**	**BOGOTA**
BANCO AL CUAL CONSIGNAR:	**BANCOLOMBIA**	**TIPO DE CUENTA:**	**AHORROS**	**N° CUENTA:**	**15369332969**
DATOS DEL CONTRATO O ADICION Y PERIODO OBJETO DE PAGO					
Nº DEL CONTRATO:	**PS 2068 2025**	**VALOR CORRESPONDIENTE AL PERIODO OBJETO DE COBRO**			**$ 6.300.000**
FECHA DE INICIO CONTRATO	**2025/01/02**	**FECHA DE TERMINACIÓN CONTRATO:**			**2025/10/31**
PERIODO OBJETO DE COBRO:	**DEL 2025/10/01 AL 2025/10/31**				

JULIO CESAR LOPEZ RAMIREZ
PS_2068_2025_FD0D2C

NOMBRE Y FIRMA DEL CONTRATISTA:
JULIO CESAR LOPEZ RAMIREZ
CC: 5822778
CEL: 3017150794

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			
JULIO CESAR LOPEZ RAMIREZ			
	CON C.C N°	**5.822.778**	
OBJETO DEL CONTRATO:	PRESTAR SERVICIOS PROFESIONALES COMO MEDICO GENERAL PARA TRASLADOS SEGUNDARIOS EN AMBULANCIA MEDICALIZADA PARA DESARROLLAR ACTIVIDADES EN LA DIRECCION DE URGENCIAS DE LA SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E.		
CONTRATO DE PRESTACION DE SERVICIOS PROFESIONALES No.	**PS 2068 2025**	**FECHA INICIO CONTRATO**	**2025/01/02**
VALOR INICIAL DEL CONTRATO	$ 27.085.056	**No. HORAS EJECUTADAS**	**168**
VALOR TOTAL DEL CONTRATO INCLUIDO ADICIONES:	$ 55.183.260	**VALOR DE HONORARIOS PERÍODO A CERTIFICAR:**	$ 6.300.000
PLAZO DEL CONTRATO INCLUYENDO PRORROGAS	DIEZ (10) MESES		
UNIDAD FUNCIONAL DE EJECUCIÓN DE ACTIVIDADES:	HOSPITAL SAN BLAS		
NOMBRE DEL SUPERVISOR:	JOHON JAIRO RODRIGUEZ APONTE		

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	EJECUTÉ LAS NORMAS DE BIOSEGURIDAD, SALUD OCUPACIONAL, GESTION AMBIENTAL Y CALIDAD EN LOS SERVICIOS ASIGNADOS.
2	MANTUVE AL DIA MEDICAMENTOS DE CONTROL Y SOLICITÉ SU CAMBIO EN FECHA PROXIMA A VENCER O CUANDO SEAN UTILIZADOS POR EL PACIENTE.
3	ASISTÍ Y PARTICIPÉ EN LAS CAPACITACIONES, SOCIALIZACIONES, ESPACIOS TECNICO-CIENTIFICOS QUE SE PROGRAMEN DESDE LA ENTIDAD.
4	REALICÉ SEGUIMIENTO DIARIO DE MEDICAMENTOS DE CONTROL Y REPORTÉ FALENCIAS.
5	UTILICÉ UN VESTUARIO ACORDE A LAS ACTIVIDADES CONTRACTUALES, YA SEA, UNIFORME O UN VESTUARIO ORIENTADO A MI ACTIVIDAD Y DESEMPEÑO.
6	NO EJECUTÉ EL SEGUIMIENTO DE INVENTARIO, QUE SE HACE EN EL FORMATO MI-UR-FT-033 AMBULANCIA MEDICALIZADA, LOS 7 PRIMEROS DIAS DE CADA MES.
7	IMPARTÍ INSTRUCCIONES A LA TRIPULACION DE LA AMBULANCIA DESIGNADA SOBRE LOS PROCEDIMIENTOS A REALIZAR AL PACIENTE DURANTE EL TRASLADO.
8	CUMPLÍ CON LA APLICACION DE PROTOCOLOS DISTRITALES DE RESPUESTA A EMERGENCIAS Y CADENA DE CUSTODIA.
9	VERIFIQUÉ ANTES DE COMENZAR EL TURNO EL ESTADO DE LOS EQUIPOS BIOMEDICOS QUE HACEN PARTE DE LAS AMBULANCIAS E INFORMAR SI SE REQUIERE CALIBRACION O REPARACION DE LOS MISMOS.
10	REALICÉ LA NOTIFICACION DEL INICIO Y CULMINACION DE ACTIVIDADES A LA PERSONA ENCARGADA DEL PROCESO DE REFERENCIA POR LOS MEDIOS DE COMUNICACION ESTABLECIDOS POR LA ENTIDAD.
11	. REALICÉ LAS ACTIVIDADES Y PROCEDIMIENTOS DIAGNOSTICOS Y TERAPEUTICOS SEÑALADOS PARA EL MANEJO DE PATOLOGIAS ESTABLECIDOS DENTRO DEL PLAN DE ATENCION DE MI PROFESION.
12	REALICÉ REGISTRO DE LA ATENCION DE LOS PROCEDIMIENTOS, ACTIVIDADES E INTERVENCIONES, QUE SURJAN DURANTE EL TRASLADO.
13	CUMPLÍ CON LAS EXIGENCIAS LEGALES Y ETICAS PARA EL MANEJO ADECUADO DE LA HISTORIA CLINICA.
14	REPORTÉ LOS EVENTOS DE NOTIFICACION OBLIGATORIA CON LA OPORTUNIDAD ESTABLECIDA EN LA NORMATIVIDAD VIGENTE.
15	CUMPLÍ CON LA RESPECTIVA AFILIACION A LA ARL EN RELACION AL RIEGO 4 CONTENIDAS EN EL FORMATO DE NECESIDAD DE PERSONAL QUE HACE PARTE INTEGRAL DEL PRESENTE CONTRATO.
16	REALICÉ LAS DEMAS ACTIVIDADES AFINES A MI CARGO QUE SEAN DELEGADAS POR EL SUPERVISOR DEL CONTRATO.
17	PARTICIPÉ EN LAS DIFERENTES REUNIONES, COMITES, RELACIONADOS CON ASUNTOS TANTO DEL AREA DE MEDICINA COMO DE LOS DIFERENTES PROCESOS QUE ASI LO REQUIERAN.
18	EJECUTÉ EL CUMPLIMIENTO DE LAS NORMAS DEL SISTEMA OBLIGATORIO DE GARANTIA DE LA CALIDAD SEGUN REQUERIMIENTOS DE LA NORMATIVIDAD VIGENTE.
19	EJECUTÉ Y CUMPLÍ LA POLITICA DE SEGURIDAD DEL PACIENTE, REPORTAR EVENTO ADVERSO E INCIDENTES DATOS QUE SERVIRAN PARA FORMULAR ACCIONES DE MEJORAMIENTO O PLANES DE MEJORAMIENTO.
20	UTILICÉ EL TELEFONO INSTITUCIONAL PARA TRAMITE DENTRO DE LA SISSCO, PROPENDER POR EL ADECUADO USO Y TENER CARGADO EL EQUIPO TODO EL TIEMPO.

21	APOYÉ EN LA RESPUESTA DE QUEJAS O REQUERIMIENTOS OPORTUNAMENTE CUANDO CORRESPONDA.
22	BRINDÉ UNA ATENCIÓN EN SALUD BUSCANDO LOS MEJORES ESTÁNDARES DE OPORTUNIDAD, INTEGRIDAD, SUFICIENCIA, CONTINUIDAD Y PERTINENCIA, EN UN AMBIENTE DE ATENCIÓN PERSONALIZADA Y HUMANIZADA.
23	DILIGENCIÉ EL CONSENTIMIENTO INFORMADO ACORDE CON LA ATENCION BRINDADA
24	INFORMÉ AL PACIENTE Y SU FAMILIA SOBRE EL TRASLADO A REALIZAR Y SUS POSIBLES CONSECUENCIAS AL MOMENTO DE REALIZAR DICHO TRASLADO.
25	APOYÉ A LA ENTIDAD EN LAS ACTIVIDADES QUE DEMANDE SEGUN REQUERIMIENTOS INTERINSTITUCIONALES Y EXTRA INSTITUCIONALES, DE ACUERDO A LA NATURALEZA CONTRACTUAL.
26	REALICÉ RESUMENES DE HISTORIA CLINICA U OTROS DOCUMENTOS ASISTENCIALES O ADMINISTRATIVOS SEGUN SE REQUIERA.
27	EJECUTÉ Y DÍ CUMPLIMIENTO A LOS PROCEDIMIENTOS, GUIAS, MANUALES, PROTOCOLOS RELACIONADOS CON LA ATENCION SEGURA DE PACIENTES Y DEMAS ESTABLECIDOS POR LA ENTIDAD, ADEMAS DE APOYAR LA IMPLEMENTACION DE LOS MISMOS.
28	CUMPLÍ CON LA PROGRAMACION DE AGENDA PARA EL DESARROLLO DE LAS ACTIVIDADES DE LOS SERVICIOS, CUMPLIENDO CON LAS DIRECTRICES ESTABLECIDAS POR LA INSTITUCION; EN LOS CASOS DE NOVEDADES INFORMAR CON ANTICIPACION PARA LA PROVISION DEL RESPECTIVO REEMPLAZO.
29	EJECUTÉ ACTIVAMENTE EN EL PROGRAMA DE SEGURIDAD DEL PACIENTE INCENTIVANDO LA CULTURA DEL REPORTE, REALIZANDO SEGUIMIENTO A LOS EVENTOS ADVERSOS, IDEANDO PLANES DE MEJORAMIENTO Y LOGRANDO DISMINUCION EN LOS MISMOS.
30	EJECUTÉ RECEPCION Y ENTREGA DEL PACIENTE AL PROFESIONAL DE ENFERMERIA Y AL PROFESIONAL MEDICO DE LA UNIDAD RECEPTORA Y RECIBIR DE PARTE DEL MEDICO DE LA UNIDAD REMITENTE Y LAS DEMAS ASIGNADAS POR EL SUPERVISOR.
31	RECIBÍ Y ENTREGUÉ LAS NOVEDADES Y EL VEHICULO ASIGNADO PARA CUMPLIR LAS OBLIGACIONES CONTRACTUALES DE ACUERDO A LO ACORDADO CON EL SUPERVISOR Y DE CONFORMIDAD AL OBJETO MISIONAL DE LA ENTIDAD.

III. VERIFICACION DE ACTIVIDADES DESARROLLADAS

SE VERIFICA QUE 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 (2025-10-01) AL (2025-10-31)

IV. INFORMACIÓN DE APORTES A SEGURIDAD SOCIAL

No. DE PLANILLA:	N° 9493279667	OPERADOR:	APORTES EN LINEA

CONCEPTO DEL PAGO	ENTIDAD	FECHA DE PAGO	VALOR PAGADO
SALUD:	SANITAS	2025/10/16	$ 357.500
PENSIÓN:	PORVENIR	2025/10/16	$ 457.600
RIESGOS LABORALES:	SURA	2025/10/16	$ 0
OTRO			
TOTAL PAGADO			$ 815.100

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	*JULIO CESAR LOPEZ RAMIREZ* *PS_2068_2025_FD0D2C* **JULIO CESAR LOPEZ RAMIREZ** **CC: 5822778**
FIRMA DE QUIEN CONVALIDA EL CUMPLIMIENTO DE LAS OBLIGACIONES PARA EL PRESENTE PERIODO DE PAGO	*JOHON JAIRO RODRIGUEZ APONTE* *PS_2068_2025_FD0D2C* **JOHON JAIRO RODRIGUEZ APONTE** **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 5822778		LOPEZ RAMIREZ JULIO CESAR	INDEPENDIENTE	PRINCIPAL	calle 18 16 30	IBAGUE-TOLIMA	2611471	No

DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION

Periodo		Clave		Tipo	Fecha		Pago		
Pensión	Salud	Pago	Planilla	Planilla	Limite	Pago	Banco	Dias Mora	Valor
2025-09	2025-09	1857245823	9493279667	I	2025/10/20	2025/10/16	BANCOLOMBIA	0	$884,800

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)					$2,860,000	$457,600			$2,860,000	$357,500			$0	$0			$2,860,000	$69,700		$0	$0
Centro de Trabajo: PRINCIPAL (1 Afiliados)					$2,860,000	$457,600			$2,860,000	$357,500			$0	$0			$2,860,000	$69,700		$0	$0
Ciudad: IBAGUE Depto: TOLIMA (1 Afiliados)					$2,860,000	$457,600			$2,860,000	$357,500			$0	$0			$2,860,000	$69,700		$0	$0
1	CC	5822778	LOPEZ JULIO	230301	30	$2,860,000	$457,600	EPS005	30	$2,860,000	$357,500		0	$0	$0	14-11	30	$2,860,000	$69,700	0	$0	$0
Total		**Afiliados(1)**				$2,860,000	$457,600			$2,860,000	$357,500			$0	$0			$2,860,000	$69,700		$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 5822778		LOPEZ RAMIREZ JULIO CESAR	INDEPENDIENTE	PRINCIPAL	calle 18 16 30	IBAGUE-TOLIMA	2611471	No

DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION

Periodo		Clave		Tipo	Fecha		Pago		
Pensión	Salud	Pago	Planilla	Planilla	Limite	Pago	Banco	Dias Mora	Valor
2025-09	2025-09	1857245823	9493279667	I	2025/10/20	2025/10/16	BANCOLOMBIA	0	$884,800

RESUMEN DE PAGO

RIESGO	CODIGO	NIT	DV	AFILIADOS	VALOR LIQUIDADO	INTERESES MORA	SALDOS E INCAPACIDADES	VALOR A PAGAR
AFP (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$457,600	$0	$0	$457,600
PORVENIR	230301	800,224,808	8	1	$457,600	$0	$0	$457,600
ARL (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$69,700	$0	$0	$69,700
ARL SURA	14-11	890,903,790	5	1	$69,700	$0	$0	$69,700
EPS (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$357,500	$0	$0	$357,500
SANITAS	EPS005	800,251,440	6	1	$357,500	$0	$0	$357,500
TOTAL				1	$884,800	$0	$0	$884,800