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: 6
FECHA: 2024-09-16

DATOS DEL CONTRATISTA						
FECHA DE DILIGENCIAMIENTO: (31-05-2025)						
NOMBRES Y APELLIDOS:	**GUSTAVO ADOLFO ARANDA WALTERO**				**CC:**	**1031151109**
					RUT (NIT):	**1031151109**
CORREO ELECTRÓNICO:	**TAVO.QAW.94@GMAIL.COM**				**TELÉFONO:**	**3167680499**
DIRECCIÓN DOMICILIO:	**CL 35 75 08 SUR**				**CIUDAD:**	**BOGOTA**
BANCO AL CUAL CONSIGNAR:	**BANCO AV VILLAS**		**TIPO DE CUENTA:**	**AHORROS**	**N° CUENTA:**	**461772647**

NÚMERO DEL CONTRATO Y DATOS DE LA ÚLTIMA ADICIÓN (PERIODO OBJETO DE PAGO)						
Nº DEL CONTRATO:	**PS 1314 2025**	**N° CDP:**	**800**	**N°. RP:**	**11900**	**PLAZO DEL CONTRATO INCLUIDAS PRORROGAS: SEIS (06) MESES**
FECHA DE INICIO CONTRATO	**2025/01/01**	**FECHA DE TERMINACIÓN CONTRATO:**		**2025/06/30**		**VALOR TOTAL DEL CONTRATO INCLUIDO ADICIONES: 12.451.142**
PERIODO OBJETO DE COBRO:	**DEL 2025/05/01 AL 2025/05/31**					
VALOR A PAGAR CORRESPONDIENTE AL PERIODO OBJETO DE COBRO	**$ 2.100.000**					

GUSTAVO ADOLFO ARANDA WALTERO
PS_1314_2025_8BAA0D-2025-05-18 20:19:31

NOMBRE Y FIRMA DEL CONTRATISTA:
GUSTAVO ADOLFO ARANDA WALTERO
CC: 1031151109
CEL: 3167680499

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 SUPERVISION CONTRATO DE PRESTACION DE SERVICIOS Y DE APOYO A LA GESTIÓN**	**CÓDIGO:** **AP-IA-FT-077** **VERSIÓN: 2** **FECHA: 2024-09-16**

CELEBRADO ENTRE LA SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E Y					
NOMBRE DEL CONTRATISTA	**GUSTAVO ADOLFO ARANDA WALTERO**				
NÚMERO DE DOCUMENTO DE IDENTIDAD:	**1.031.151.109**				
I. INFORMACION GENERAL DEL CONTRATO DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS					
OBJETO DEL CONTRATO:	PRESTAR SERVICIOS COMO BACHILLER DE APOYO A LA GESTION 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 1314 2025**		**FECHA INICIO CONTRATO**	**2025/01/01**	
VALOR INICIAL DEL CONTRATO	$ 5.927.856				
VALOR TOTAL DEL CONTRATO INCLUIDO ADICIONES:	$ 12.451.142		**VALOR DE HONORARIOS PERÍODO A CERTIFICAR:**	$ 2.100.000	
N° DE INFORME:	5	**Nº CRP INICIAL:**	800	**N° CDP INICIAL DEL CONTRATO**	3
PLAZO DEL CONTRATO INCLUYENDO PRORROGAS	SEIS (06) MESES				
PROCESO EN DONDE SE EJECUTARON LAS ACTIVIDADES:	DIRECCION FINANCIERA				
UNIDAD FUNCIONAL DE EJECUCIÓN DE ACTIVIDADES:	CENTRO DE SALUD CHIRCALES				
NOMBRE DEL SUPERVISOR:	RONALD AGUILAR GOMEZ				
II. MODIFICACIONES CONTRACTUALES					
N° DE MODIFICACIÓN:	(2)	**TIPO DE MODIFICACIÓN (ADICIÓN - PRÓRROGA):**		ADICION (X)	PRORROGA (X)
VALOR ADICIONADO	$ 223.286	**CDP DE LA ADICIÓN:**	816	**RP DE LA ADICIÓN:**	**TIEMPO PRORROGADO:** VEINTIOCHO (28) DÍAS
VALOR ADICIONADO	$ 6.300.000	**CDP DE LA ADICIÓN:**	800	**RP DE LA ADICIÓN:** 11900	**TIEMPO PRORROGADO:** DOS (02) MESES Y VEINTINUEVE
III. POLIZAS (SI APLICA)					
¿PACTÓ POLIZAS EN SU CONTRATO?	**SI**		**NO**	**X**	
N° DE PÓLIZA:		**NOMBRE DE LA ASEGURADORA:**			
FECHA DE LA PÓLIZA		**ACTO ADMINISTRATIVO DE APROBACIÓN:**			

ITEM	IV. 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	Realicé la actualización en cuanto a la normatividad vigente en el SGSSS y asistir a las reuniones y capacitaciones programadas por el área.
2	Se realizó las demás actividades relacionadas con el objeto contractual que asigne el supervisor del contrato.
3	Recepcioné, registré y confirmé las órdenes de servicio de observación de urgencias.
4	Verifiqué contra historia clínica que se encuentren registrados todos los procedimientos realizados, dentro de la factura.
5	Actualicé los datos del paciente y del acudiente en el sistema de información .
6	Se reportó ante trabajo social todos paciente que ingresaron como NN, inmigrantes y/o habitantes en vulnerabilidad.
7	Adjunté el soporte entregado por el área de autorizaciones de trámite según normatividad vigente para las EAPB y aseguradoras.
8	Egresé oportunamente los pacientes del sistema de información, una vez se notifica orden de salida por el área asistencial.
9	Generé orden de salida en sistema de información, firmo y entrego a los usuarios.
10	Verifiqué y adjunte los soportes manuales generados en la prestación de servicios en sistema de información DGH.
11	Elaboré facturas de los pacientes de urgencias y observación y recibos de caja oportunamente de acuerdo a la atención prestada al paciente a la contratación y normatividad vigente.
12	Legalicé el dinero recibido por concepto de copago o cuota de recuperación que hagan los usuarios, en sistema de información y ante el área de tesoria.
13	Se diligencio la solicitud de credito del formato de acuerdo de pago y verificar el registro de la información suministrada por el usuario.
14	Recibí a ingreso los abonos que realicen los usuarios o pacientes concepto de acuerdos de pago
15	Realicé cierre de caja, arqueo y acta de entrega al área de tesoreria.
16	Entregué las facturas generadas a diario soportadas y organizadas de acuerdo a los procesos y procedimientos del área.
17	Se adjuntó las respuestas emitidas por trabajo social en el sistema de información.
18	Confirmé todas las ordenes de salida asignadas en el turno y en el servicio de urgencias.
19	Verifiqué contra historia clínica que se encuentren registrados todos los procedimientos e insumos realizados o usados, dentro de la factura.
20	Verifiqué y adjunte los soportes de tecnologías no incluidas en el plan de beneficios el reporte al ente respectivo (MIPRES).

V. 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 (2025-05-01) AL (2025-05-31)

VI. INFORMACIÓN DE APORTES A SEGURIDAD SOCIAL

No. DE PLANILLA:	N° 9484775750	OPERADOR:	APORTES EN LINEA

CONCEPTO DEL PAGO	ENTIDAD	FECHA DE PAGO	VALOR PAGADO
SALUD:	FAMISANAR	2025/05/13	$ 178.900
PENSIÓN:	PORVENIR	2025/05/13	$ 228.900
RIESGOS LABORALES:	SURA	2025/05/13	$ 34.900
OTRO			
TOTAL PAGADO			$ 442.700

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:	*GUSTAVO ADOLFO ARANDA WALTERO* *PS_1314_2025_8BAA0D-2025-05-18 20:19:31* **GUSTAVO ADOLFO ARANDA WALTERO** **CC: 1031151109** **CEL: 3167680499**
FIRMA DE QUIEN CONVALIDA EL CUMPLIMIENTO DE LAS OBLIGACIONES PARA EL PRESENTE PERIODO DE PAGO:	*RONALD AGUILAR GOMEZ* *PS_1314_2025_8BAA0D-2025-05-19 18:52:27* **RONALD AGUILAR GOMEZ** **CARGO:** **DIRECTOR FINANCIERO CODIGO 009 GRADO 05**
FIRMA DE QUIEN VALIDA:	*YAMILE CANO HERRERA* *PS_1314_2025_8BAA0D-2025-05-19 14:49:09* **YAMILE CANO HERRERA** **PERFIL:** **ESPECIALISTA EN CONTRATACION ESTATAL**