

		<div>SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E</div> <div>APOYO - GESTION DE CONTRATACIÓN</div> <div>FORMATO CUENTA DE COBRO CONTRATO DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS Y DE APOYO A LA GESTIÓN</div>				<div>CÓDIGO: AP-IA-FT-014</div> <div>VERSIÓN: 5</div> <div>FECHA: 2024-09-09</div>	
DATOS DEL CONTRATISTA							
FECHA DE DILIGENCIAMIENTO: (31-08-2025)							
NOMBRES Y APELLIDOS:		CRISTIAN CAMILO REYES RAMOS			CC:		1071629760
CORREO ELECTRÓNICO:		REYESCAMIO411@GMAIL.COM			TELÉFONO:		3217573196
DIRECCIÓN DOMICILIO:		CL 65 SUR 77M 04			CIUDAD:		BOGOTA
BANCO AL CUAL CONSIGNAR:		BANCO DAVIVIENDA S.A.	TIPO DE CUENTA:	AHORROS	N° CUENTA:	466870049775	
DATOS DEL CONTRATO O ADICION Y PERIODO OBJETO DE PAGO							
N° DEL CONTRATO:		PS 1359 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 2025/08/01 AL 2025/08/31					
VALOR A PAGAR CORRESPONDIENTE AL PERIODO OBJETO DE COBRO		\$ 2.222.946					
<div><div>CRISTIAN CAMILO REYES RAMOS</div><div>PS_1359_2025_DE8B62</div></div> <div>NOMBRE Y FIRMA DEL CONTRATISTA:</div> <div>CRISTIAN CAMILO REYES RAMOS</div> <div>CC: 1071629760</div> <div>CEL: 3217573196</div>							

CELEBRADO ENTRE LA SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E Y
 CRISTIAN CAMILO REYES RAMOS

CON C.C N° 1.071.629.760

OBJETO DEL CONTRATO:	PRESTAR SERVICIOS COMO TECNICO 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 1359 2025	FECHA INICIO CONTRATO	2025/01/01
---	--------------	-----------------------	------------

VALOR INICIAL DEL CONTRATO	\$ 6.668.838	No. HORAS EJECUTADAS	0
----------------------------	--------------	----------------------	---

VALOR TOTAL DEL CONTRATO INCLUIDO ADICIONES:	\$ 22.229.460	VALOR DE HONORARIOS PERÍODO A CERTIFICAR:	\$ 2.222.946
--	---------------	---	--------------

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.RECEPCIONAR, REGISTRAR Y CONFIRMAR LAS ORDENES DE SERVICIO DE LOS PACIENTES HOSPITALIZADOS.2. REVISAR EL ESTADO DE CUENTA DEL PACIENTE CONTRA HISTORIA CLINICA, Y REVISAR QUE SE ENCUENTRE TODAS LAS ACTIVIDADES Y PROCEDIMIENTOS REALIZADOS EN ESTADO REGISTRADO Y CONFIRMADO EN EL SISTEMA DE INFORMACION, GARANTIZANDO COBRO DENTRO DE LA FACTURA ELECTRONICA DE VENTA O REGISTRO DE SERVICIOS.3. REGISTRAR LA INFORMACION REFERENTE A LA ATENCION DE LOS RECIEN NACIDOS (TALLA, SEXO, PESO, ETC.)4. VERIFICAR Y ADJUNTAR LOS SOPORTES DE TECNOLOGIAS NO INCLUIDAS EN EL PLAN DE BENEFICIOS REPORTADAS AL ENTE RESPECTIVO (MIPRES)5. ADJUNTAR EL SOPORTE ENTREGADO POR EL AREA DE AUTORIZACIONES DE TRAMITE SEGUN NORMATIVIDAD VIGENTE PARA LAS ENTIDADES RESPONSABLES DE PAGO.6. ELABORAR FACTURA ELECTRONICA DE VENTA O REGISTRO DE SERVICIOS DE HOSPITALIZACION.7. REALIZAR EL CIERRE DE INGRESOS ASIGNADOS A DIARIO CUMPLIENDO CON LOS CRITERIOS SEGUN LA MATRIZ DE CONTRATACION Y GARANTIZANDO LOS ESTANDARES MINIMOS DE CALIDAD DEL DATO.8. ENTREGAR LAS FACTURAS O REGISTROS DE SERVICIO, GENERADAS A DIARIO SOPORTADAS Y ORGANIZADAS DE ACUERDO A LOS PROCESOS Y PROCEDIMIENTOS DEL AREA.9. CORREGIR DENTRO DE LAS 48 HORAS SIGUIENTES A SU RECEPCION, LAS DEVOLUCIONES QUE HACE EL ANALISTA DE CUENTAS.10. BRINDAR EL APOYO NECESARIO Y REALIZAR PLANES DE CONTINGENCIA EN EL MOMENTO EN QUE NO SE CUENTE CON EL SISTEMA DE INFORMACION Y/O BASES DE DATOS AFINES.11. REALIZAR ACTUALIZACION EN CUANTO A LA NORMATIVIDAD VIGENTE EN EL SGSSS.12. REALIZAR SEGUIMIENTO Y SOCIALIZACION DE REPORTE DIARIO DE INGRESOS SIN FACTURAR.13. SEGUIMIENTO A ENTREGA OPORTUNA DE FACTURAS FISICAS EMITIDAS EN LAS UNIDADES PRESTADORAS DE SERVICIOS.14. SEGUIMIENTO A INCONSISTENCIAS Y/O OBJECIONES GENERADAS POR LAS DIFERENTES CAUSALES POSTERIORES A SU REVISION.15. BRINDAR EL APOYO NECESARIO PARA LA DIGITALIZACION, RENOMBRAMIENTO DE SOPORTES, ORGANIZACION, ARMADO DE FACTURAS GARANTIZANDO SU OPORTUNA RADICACION DIGITAL A LAS DIFERENTES ENTIDADES RESPONSABLES DE PAGO.16. REALIZAR LAS DEMAS ACTIVIDADES RELACIONADAS CON EL OBJETO CONTRACTUAL QUE ASIGNE EL SUPERVISOR DEL CONTRATO. 17. PARTICIPAR EN TODAS LAS REUNIONES Y CAPACITACIONES PROGRAMADAS POR LA SUBRED.18. REALIZAR ACOMPAÑAMIENTO Y CAPACITACION AL TALENTO HUMANO SEGUN SEA DESIGNADO.
---	--

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, <u>CERTIFICO</u> 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° 88622799	OPERADOR:	MI PLANILLA
CONCEPTO DEL PAGO	ENTIDAD	FECHA DE PAGO	VALOR PAGADO
SALUD:	SANITAS	2025/08/12	\$ 178.000
PENSIÓN:	PORVENIR	2025/08/12	\$ 227.800
RIESGOS LABORALES:	SURA	2025/08/12	\$ 34.700
OTRO			
TOTAL PAGADO			\$ 440.500
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 ningún 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	<div><div>CRISTIAN CAMILO REYES RAMOS PS_1359_2025_DE8B62</div><hr/>CRISTIAN CAMILO REYES RAMOS CC: 1071629760</div>		
FIRMA DE QUIEN VALIDA	<div><div>YAMILE CANO HERRERA PS_1359_2025_DE8B62</div><hr/>YAMILE CANO HERRERA SUPERVISOR ALTERNO</div>		
FIRMA DE QUIEN CONVALIDA EL CUMPLIMIENTO DE LAS OBLIGACIONES PARA EL PRESENTE PERIODO DE PAGO	<div><div>RONALD AGUILAR GOMEZ PS_1359_2025_DE8B62</div><hr/>RONALD AGUILAR GOMEZ SUPERVISOR DEL CONTRATO</div>		