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: (31-07-2025)					
NOMBRES Y APELLIDOS:	**DANIEL ANDRES SANCHEZ ÑUNGO**			**CC:**	**1001093224**
CORREO ELECTRÓNICO:	**DANIELANDRES-7634@HOTMAIL.COM**			**TELÉFONO:**	**3137071283**
DIRECCIÓN DOMICILIO:	**CL 131C 126 72**			**CIUDAD:**	**BOGOTA**
BANCO AL CUAL CONSIGNAR:	**BANCOLOMBIA S.A.**	**TIPO DE CUENTA:**	**AHORROS**	**N° CUENTA:**	**91218717042**

DATOS DEL CONTRATO O ADICION Y PERIODO OBJETO DE PAGO						
Nº DEL CONTRATO:	**PS 1358 2025**	**N° CDP:**	**1897**	**N°. RP:**	**0**	**PLAZO DEL CONTRATO INCLUIDAS PRORROGAS: OCHO (8) MESES**
FECHA DE INICIO CONTRATO	**2025/01/01**	**FECHA DE TERMINACIÓN CONTRATO:**		**2025/08/31**		
PERIODO OBJETO DE COBRO:	**DEL 2025/07/01 AL 2025/07/31**					
VALOR A PAGAR CORRESPONDIENTE AL PERIODO OBJETO DE COBRO	**$ 2.100.000**					

DANIEL ANDRES SANCHEZ ÑUNGO
PS_1358_2025_60F5A6-2025-07-14 12:15:11

NOMBRE Y FIRMA DEL CONTRATISTA:
DANIEL ANDRES SANCHEZ ÑUNGO
CC: 1001093224
CEL: 3137071283

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			
DANIEL ANDRES SANCHEZ ÑUNGO			
	CON C.C N°	**1.001.093.224**	
OBJETO DEL CONTRATO:	PRESTAR SERVICIOS COMO BACHILLER 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 1358 2025**	**FECHA INICIO CONTRATO**	**2025/01/01**
VALOR INICIAL DEL CONTRATO	$ 5.927.856	**No. HORAS EJECUTADAS**	**0**
VALOR TOTAL DEL CONTRATO INCLUIDO ADICIONES:	$ 16.651.142	**VALOR DE HONORARIOS PERÍODO A CERTIFICAR:**	$ 2.100.000
PLAZO DEL CONTRATO INCLUYENDO PRORROGAS	OCHO (8) MESES		
UNIDAD FUNCIONAL DE EJECUCIÓN DE ACTIVIDADES:	CENTRO DE SALUD OLAYA		
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	SE GENERO VERIFICACION Y ESTADOS DE AFILACION DE CADA UNO DE LOS PACIENTE.
2	SE GENERO FACTURA ELECTRONICA DE ACUERDO A SOLITUD DEL PACIENTE Y PAGADOR.
3	SE REALIZO ENTREGA DE RECIBO DE CAJA DE ACUERDO A SOLICITUD Y COPIA AL USUARIO A LA ATENCION PRESTADA.
4	SE REALIZA LLAMADO DEL PACIENTE A VENTANILLA DE ACUERDO A ORGANIZACIÓN.
5	SE VERIFICO LAS ORDENAS MEDICAS Y AUTORIZACION FISICA QUE PRESENTA PARA SU ATENCION POR CONSULTA EXTERNA, SEGÚN ACUERDO DE VOLUNTADES Y NORMATIVIDAD VIGENTE.
6	SE VALIDA Y SE REVISAN FRECUENCIAS Y PERIODICIDAD DE USO DE LOS SERVICIOS DE CADA PACIENTE.
7	SE REALIZO ACTUALIZACION DE DATOS DEL USUARIO DE INFORMACION PERSONAL ENEL SISTEMA.
8	SE ABREN INGRESOS PARA INYECTOLOGIA Y FARMACIA.
9	SE REALIZO ACTUALIZACION DE DATOS DEL USUARIO DE INFORMACION PERSONAL EN EL SISTEMA.
10	SE REVIVIO Y SE INGRESO ABONOS QUE REALIZARON LOS USUARIOS O PACIENTE EN CONCEPTO DE PAGARES.
11	SE REALIZA CIERRE DE CAJA CON RECAUDO COMPLETO DEL DIA, DILIGENCIADO LOS FORMATO DEFINIDOS, REALIZANDO LA ENTREGA DE LAS FACTURAS GENERADAS CON RECAUDO.
12	SE REALIZO LA ENTREGA DE ACUERDO A SOLICITUD DE AREA A ENTIDAD DE LAS DIREFENTES FACTURAS CON SOPORTE Y DOCUMENTACION PERTINENTE.

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 (2025-07-01) AL (2025-07-31)

IV. INFORMACIÓN DE APORTES A SEGURIDAD SOCIAL

No. DE PLANILLA:	N° 7975087055	OPERADOR:	SOI
CONCEPTO DEL PAGO	ENTIDAD	FECHA DE PAGO	VALOR PAGADO
SALUD:	SANITAS	2025/07/11	$ 178.500
PENSIÓN:	COLPENSIONES	2025/07/11	$ 228.400

RIESGOS LABORALES:	SURA	2025/07/11	$ 34.800
OTRO			
TOTAL PAGADO			$ 441.700

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	*DANIEL ANDRES SANCHEZ ÑUNGO* *PS_1358_2025_60F5A6-2025-07-14 12:15:11* **DANIEL ANDRES SANCHEZ ÑUNGO** **CC: 1001093224**
FIRMA DE QUIEN VALIDA	*YAMILE CANO HERRERA* *PS_1358_2025_60F5A6-2025-07-16 21:45:45* **YAMILE CANO HERRERA** **SUPERVISOR ALTERNO**
FIRMA DE QUIEN CONVALIDA EL CUMPLIMIENTO DE LAS OBLIGACIONES PARA EL PRESENTE PERIODO DE PAGO	*RONALD AGUILAR GOMEZ* *PS_1358_2025_60F5A6-2025-07-17 20:57:15* **RONALD AGUILAR GOMEZ** **SUPERVISOR DEL CONTRATO**

PLANILLA INTEGRADA AUTOLIQUIDACIÓN APORTES
COMPROBANTE DE PAGO

Bancolombia

DATOS GENERALES DEL APORTANTE

TIPO IDENTIFICACIÓN:	CÉDULA DE CIUDADANÍA	NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN:	1001093224
NOMBRE Ó RAZÓN SOCIAL:			DANIEL ANDRES SANCHEZ NUNGO
CIUDAD/MUNICIPIO:	BOGOTA DISTRITO CAPITAL	DEPARTAMENTO:	BOGOTA - DISTRITO CAPITAL
DIRECCIÓN:	CALLE 131C#126-72 CASA 124	TELÉFONO:	9055686
TIPO APORTANTE:	02-INDEPENDIENTE	CLASE APORTANTE:	I-INDEPENDIENTE
TIPO EMPRESA:	PRIVADA	ACTIVIDAD ECONOMICA:	Comercio al por mayor de
FORMA DE PRESENTACIÓN:	ÚNICO		
APORTANTE EXONERADO PAGO APORTES SALUD, SENA E ICBF (REFORMA TRIBUTARIA):			NO

DATOS GENERALES DE LA PLANILLA

NÚMERO PLANILLA:	**7975087055**		TIPO DE PLANILLA:		I-INDEPENDIENTES
PERIODO COTIZACIÓN	MES:	junio	PERIODO COTIZACIÓN	MES:	junio
OTROS SUBSISTEMAS:	AÑO:	2025	SALUD:	AÑO:	2025
DÍAS DE MORA:		4			
FECHA PAGO (aaaa/mm/dd):		2025/07/11	NÚMERO AUTORIZACIÓN:		1620571946

NOVEDADES

ING	RET	TDE	TAE	TDP	TAP	COR	VSP	VST	SLN	COM	IGE	LMA	VAC	AVP	VCT	IRP

LIQUIDACIÓN GENERAL

			TOTALES	
			COTIZANTES	TOTAL PAGADO
PENSIÓN				
ADMINISTRADORA				
NIT	CÓDIGO	NOMBRE		
9003360047	25-14	25-14 COLPENSIONES	1	$ 228.400
SUBTOTAL:			1	**$ 228.400**
SALUD				
ADMINISTRADORA				
NIT	CÓDIGO	NOMBRE		
8002514406	EPS005	EPS005-SANITAS S.A.	1	$ 178.500
SUBTOTAL:			1	**$ 178.500**
RIESGOS PROFESIONALES				
ADMINISTRADORA				
NIT	CÓDIGO	NOMBRE		
8909037905	14-11	14-11 - ARL SURA	1	$ 34.800
SUBTOTAL:			1	**$ 34.800**

VALOR SIN MORA:	**$ 440.500**
VALOR MORA:	**$ 1.200**
TOTAL PAGADO:	**$ 441.700**

Planilla Pagada