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:	**JUAN DIEGO GUASCA VARON**			**CC:**	**80071818**
CORREO ELECTRÓNICO:	**diego.guasca.jdgv@gmail.com**			**TELÉFONO:**	**3108819763**
DIRECCIÓN DOMICILIO:	**CL 69D SUR 46 17**			**CIUDAD:**	**BOGOTA**
BANCO AL CUAL CONSIGNAR:	**BANCO AV VILLAS**	**TIPO DE CUENTA:**	**AHORROS**	**N° CUENTA:**	**045876021**
DATOS DEL CONTRATO O ADICION Y PERIODO OBJETO DE PAGO					
Nº DEL CONTRATO:	**PS 5644 2025**	**VALOR CORRESPONDIENTE AL PERIODO OBJETO DE COBRO**			**$ 2.500.008**
FECHA DE INICIO CONTRATO	**2025/04/06**	**FECHA DE TERMINACIÓN CONTRATO:**			**2025/10/31**
PERIODO OBJETO DE COBRO:	**DEL 2025/10/01 AL 2025/10/31**				

JUAN DIEGO GUASCA VARON
PS_5644_2025_ED2EBE

NOMBRE Y FIRMA DEL CONTRATISTA:
JUAN DIEGO GUASCA VARON
CC: 80071818
CEL: 3108819763

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			
JUAN DIEGO GUASCA VARON			
	CON C.C N°	**80.071.818**	
OBJETO DEL CONTRATO:	PRESTAR SERVICIOS TECNICOS COMO AUXILIAR DE ENFERMERIA PARA DESARROLLAR ACTIVIDADES EN LA DIRECCI?N DE SERVICIOS AMBULATORIOS DE LA SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS EN SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E. - CONVENIO EBS DE MINISTERIO DE SALUD Y PROTECCION SOCIAL SEG?N RESOLUCION 1499 26-08-2024		
CONTRATO DE PRESTACION DE SERVICIOS PROFESIONALES No.	**PS 5644 2025**	**FECHA INICIO CONTRATO**	**2025/04/06**
VALOR INICIAL DEL CONTRATO	$ 7.250.023	**No. HORAS EJECUTADAS**	**184**
VALOR TOTAL DEL CONTRATO INCLUIDO ADICIONES:	$ 11.657.646	**VALOR DE HONORARIOS PERÍODO A CERTIFICAR:**	$ 2.500.008
PLAZO DEL CONTRATO INCLUYENDO PRORROGAS	SIETE (7) MESES		
UNIDAD FUNCIONAL DE EJECUCIÓN DE ACTIVIDADES:	HOSPITAL SANTA CLARA		
NOMBRE DEL SUPERVISOR:	BERTHA SOFIA DIAZ QUEVEDO		

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 SE LLEVA A CABO LA REVISION PERIODICA DE LOS REGISTRO DE ATENCION DE LOS USUARIOS EN LA BASE DE DATOS INTERNA DEL CENTRO GARANTIZANDO EL CUMPLIMIENTO DE LOS PROTOCOLOS ESTABLECIDOS POR LA RESOLUCION Y ADAPTANDO LAS INTERVENCIONES ALAS NECESIDADES PARTICULARES DE LOS PACIENTES INTRAMURALES.
2	2 ASEGURA QUE LA INFORMACION DE LOS USURIOS ATENDIDOS EN EL CAPS SEA REGISTRADA DE ACUERDO CON LOS PROCEDIMIENTOS INTERNOS DEL CENTRO
3	3 IDENTIFICAR LA PRIORIDAD DE LA FAMILIA (ALTA, MEDIA O BAJA) SEGÚN LAS CONDICCIONES CLINICAS DE CADA UNO DE LOS INTEGRANTES, REALIZANDO SEGUIMIENTO PERIODICO Y CIERRE DEL CASO EN EL SISTEMA DEACUERDO CON LA PRIORIDAD ASIGNADA
4	4 REVISAR EL ESQUEMA DE VACUNACION DEL USUARIO EN EL SISTEMA PAI WEB 2.0 REALIZANDO DEMANDA INDUCIDA PARA EL AGENDAMIENTO DE CADA PACIENTE, SE ORGANIZA JORNADAS DE VACUNACION DENTRO DEL CAPS SE ASEGURA LA ACTUALIZACION Y COBERTURA COMPLETA DE BIOLOGICOS.EN CASO DE ENCONTRARREGISTROS INCOMPLETOS SE INFORMA AL PROFESIONAL DE PAI PARA SU CORRECCION.
5	5 REALIZAR CONTACTO TELEFONICO CON EL USUARIO O CUIDADOR PARA RECORDARLES EL DIA Y HORA DE LA CITA ASIGNADA PARA CONSULTA EN EL CAPS SEGÚN SEA NECESARIO.
6	6 LLEVAR EL REGISTRO DE USUARIOS CARACTERIZADOS GARANTIZANDO EL CUMPLIMIENTO DE CRITRIOS DE CALIDAD, OPORTUNDAD Y PERTINENCIA SEGÚN LOS ESTANDARES.
7	7 ASISTIR A CAPACITACIONES DE LA RUTA INTEGRAL DE LA SALUD, COMITES Y/O CONVOCATORIAS.
8	8 REALIZAR VALORACION INTEGRAL A LOS USUARIOS DURANTE LA INTERVENCION, IDENTIFICANDO RIESGO Y DERIVANDO A LOS SERVICIOS CORRESPONDIENTES DENTRO DEL CAPS SEGÚN SEA NECESARIO.
9	9 REALIZAR NOTIFICACION D EVENTOS DE INTERES DE SALUD PUBLICA SIVIGILA.
10	10 AGENDAMIENTO EN TIEMPO REAL PARA ATENCIONES EN SALUD INDIVIDUALES DEFINIDO EN EL LINEAMIENTO TECNICO Y OPERATIVO DE LA RPMS (RESOLUCION 3280-2018) DANDO CUMPLIMIENTO EN LA ATENCION SEGÚN LA NECESIDAD QUE EVIDENCIEN EN EL USUARIO

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° 1076391947	OPERADOR:	SIMPLE

CONCEPTO DEL PAGO	ENTIDAD	FECHA DE PAGO	VALOR PAGADO
SALUD:	SALUD TOTAL	2025/10/11	$ 178.000
PENSIÓN:	PORVENIR	2025/10/11	$ 227.800
RIESGOS LABORALES:	SURA	2025/10/11	$ 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 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	*JUAN DIEGO GUASCA VARON* *PS_5644_2025_ED2EBE* **JUAN DIEGO GUASCA VARON** **CC: 80071818**
FIRMA DE QUIEN CONVALIDA EL CUMPLIMIENTO DE LAS OBLIGACIONES PARA EL PRESENTE PERIODO DE PAGO	*BERTHA SOFIA DIAZ QUEVEDO* *PS_5644_2025_ED2EBE* **BERTHA SOFIA DIAZ QUEVEDO** **SUPERVISOR DEL CONTRATO**

PAGOSIMPLE | AUTOLIQUIDACION CONSOLIDADA

Fecha creación reporte: 2025-10-14, 04:46:02 AM **Tipo Planilla:** I: PLANILLA INDEPENDIENTES **Numéro Planilla:** 1076391947

Periodo Cotización: septiembre de 2025 **Periodo Servicio:** septiembre de 2025 **Referencia pago (PIN):** 8823525672

PAGADO 11/10/2025 EN HORARIO EXTENDIDO

I. DATOS DEL APORTANTE

Razón Social	JUAN DIEGO GUASCA VARON		
Documento	CC80071818	**Dirección**	CL 69D #46 - 17
Tipo de Empresa	INDEPENDIENTE	**Teléfono**	3108819763
Tipo Persona	NATURAL	**Forma Presentación**	ÚNICO
Ciudad	BOGOTA D.C.	**Departamento**	BOGOTA D.C.
Representante Legal		**Identificación**	
Total Afiliados	1	**ARP**	ARL SURA

II. DETALLE DEL APORTANTE

Datos del Afiliado				Novedades																				Pensiones			Salud			Riesgos			Cajas			Parafiscales					Total
Identificación	Apellidos y Nombres	Tipo Cotizante	Subtipo Cotizante	ING	RET	RET P	TDE	TAE	TDP	TAP	VSP	COR	VST	SLN	IGE	LMA	VAC	AVP	VCT	IRP	Días APP	Días EPS	Días ARP	Días CCF	Administradora	IBC Pensión	Aporte Pensión	Administradora	IBC Salud	Aporte Salud	Tarifa	IBC Riesgos	Aporte Riesgos	Administradora	IBC Caja	Aporte Caja	Aporte SENA	Aporte ICBF	ESAP	Aporte Ministerio	Total
CC 80071818	JUAN DIEGO GUASCA VARON	59	00																	0	30	30	30	0	(230301) PORVENIR	$ 1.423.500	$ 227.800	(EPS002) SALUD TOTAL EPS	$ 1.423.500	$ 178.000	2,436	$ 1.423.500	$ 34.700	(NIN-CC) NINGUNA CCF	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 440.500

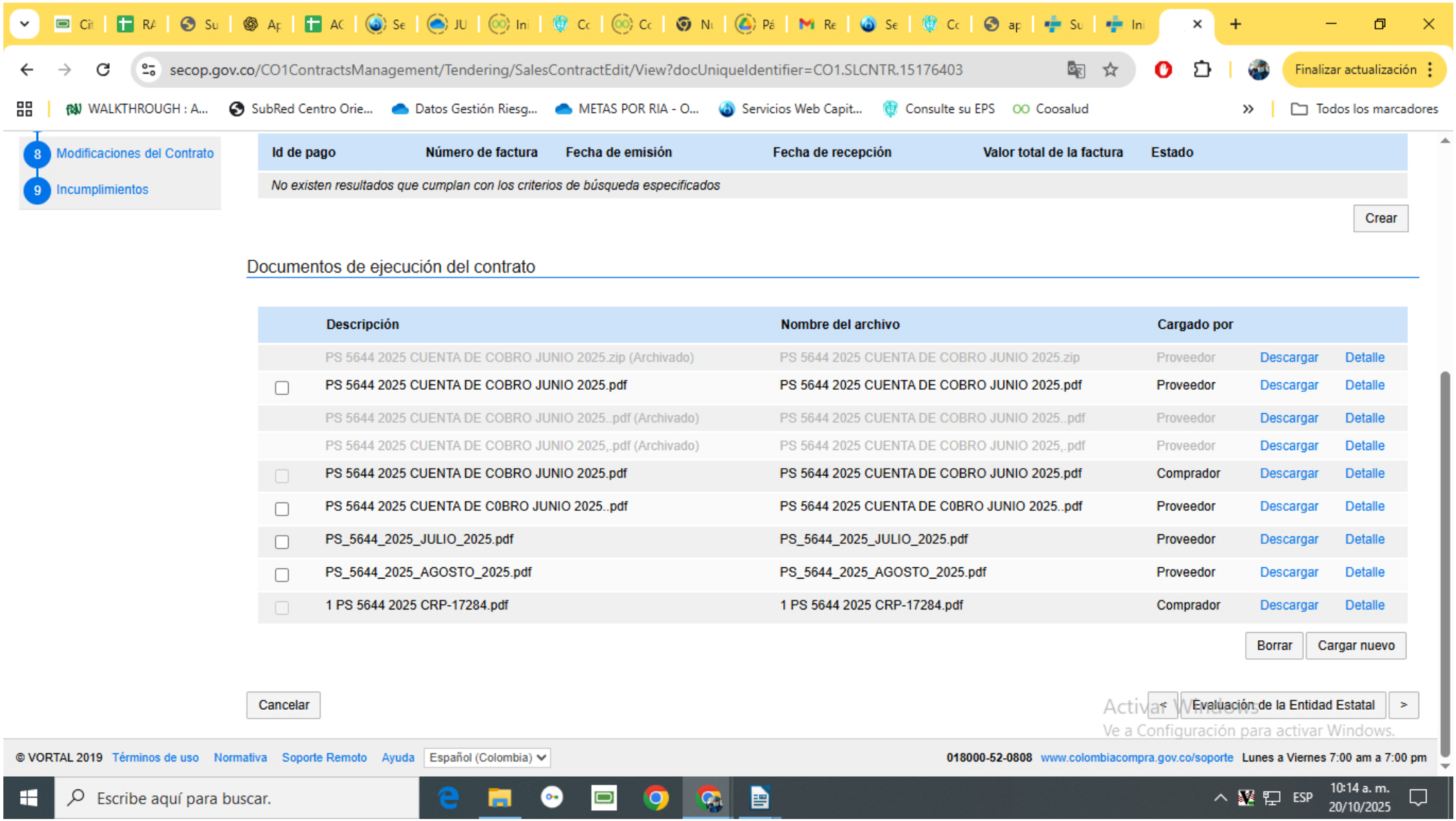
III.TOTALES

IBC Pensión	IBC Salud	IBC Riesgos	IBC Cajas	Aportes Pensión	Aportes Salud	Aportes Riesgos	Aportes Cajas	Aportes Sena	Aportes ICBF	Aportes ESAP	Aportes Min Educación	(Incapacidades, Licencias, Saldos a Favor) EPS	Incapacidades ARP	SUBTOTAL SIN INTERESES DE MORA	TOTAL INTERESES DE MORA	TOTAL FINAL
$ 1.423.500	$ 1.423.500	$ 1.423.500	$ 0	$ 227.800	$ 178.000	$ 34.700	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 440.500	$ 2.300	$ 442.800

Líneas de Servicio FonoSIMPLE: Bogotá 601 4446634 - Cali: 602 5540577 - Medellín: 604 5146669 - Bucaramanga: 607 6438000 - Cartagena: 605 6945444 - Pereira: 606 3402582 - Barranquilla: 605 3618850 - Resto del País: 018000 971 971 - ¡Más que Fácil, SIMPLE!

¡El Poder de lo SIMPLE!

Antes de imprimir, asegúrese que sea realmente necesario. Proteger el medio ambiente está en nuestras manos.


secop.gov.co/CO1ContractsManagement/Tendering/SalesContractEdit/View?docUniqueIdentifier=CO1.SLCNTR.15176403
Finalizar actualización
WALKTHROUGH : A...
SubRed Centro Orie...
Datos Gestión Riesg...
METAS POR RIA - O...
Servicios Web Capit...
Consulte su EPS
Coosalud
Todos los marcadores
8 Modificaciones del Contrato
9 Incumplimientos
Id de pago
Número de factura
Fecha de emisión
Fecha de recepción
Valor total de la factura
Estado
No existen resultados que cumplan con los criterios de búsqueda especificados
Crear
Documentos de ejecución del contrato
Descripción
Nombre del archivo
Cargado por
PS 5644 2025 CUENTA DE COBRO JUNIO 2025.zip (Archivado)
PS 5644 2025 CUENTA DE COBRO JUNIO 2025.zip
Proveedor
Descargar
Detalle
PS 5644 2025 CUENTA DE COBRO JUNIO 2025.pdf
PS 5644 2025 CUENTA DE COBRO JUNIO 2025.pdf
Proveedor
Descargar
Detalle
PS 5644 2025 CUENTA DE COBRO JUNIO 2025..pdf (Archivado)
PS 5644 2025 CUENTA DE COBRO JUNIO 2025..pdf
Proveedor
Descargar
Detalle
PS 5644 2025 CUENTA DE COBRO JUNIO 2025,.pdf (Archivado)
PS 5644 2025 CUENTA DE COBRO JUNIO 2025,.pdf
Proveedor
Descargar
Detalle
PS 5644 2025 CUENTA DE COBRO JUNIO 2025.pdf
PS 5644 2025 CUENTA DE COBRO JUNIO 2025.pdf
Comprador
Descargar
Detalle
PS 5644 2025 CUENTA DE C0BRO JUNIO 2025..pdf
PS 5644 2025 CUENTA DE C0BRO JUNIO 2025..pdf
Proveedor
Descargar
Detalle
PS_5644_2025_JULIO_2025.pdf
PS_5644_2025_JULIO_2025.pdf
Proveedor
Descargar
Detalle
PS_5644_2025_AGOSTO_2025.pdf
PS_5644_2025_AGOSTO_2025.pdf
Proveedor
Descargar
Detalle
1 PS 5644 2025 CRP-17284.pdf
1 PS 5644 2025 CRP-17284.pdf
Comprador
Descargar
Detalle
Borrar
Cargar nuevo
Cancelar
< Evaluación de la Entidad Estatal >
Activar Windows
Ve a Configuración para activar Windows.
© VORTAL 2019 Términos de uso Normativa Soporte Remoto Ayuda Español (Colombia)
018000-52-0808 www.colombiacompra.gov.co/soporte Lunes a Viernes 7:00 am a 7:00 pm
Escribe aquí para buscar.
ESP
10:14 a. m.
20/10/2025

Bogotá, lunes 20 de octubre de 2025

Señor (a): JUAN DIEGO GUASCA VARON
CC. 80071818
MZ 29 CA 23 LA ESMERALDA
BOGOTÁ

Referencia: Certificado de afiliación a Salud Total EPS-S S.A.

Reciba un Cordial saludo en nombre de Salud Total EPS-S SA,

Por medio de la presente, nos permitimos certificar que, a la fecha de expedición de la presente comunicación, registra en nuestras bases de datos su afiliación al régimen contributivo de Salud Total EPS-S S.A., la cual se realizó a partir de Agosto / 1 de 2017, y su estado afiliación es Activo como COTIZANTE.

Nombre	Documento	Tipo	Fecha Afiliación	Parentesco	Estado Afiliación
MARTIN ESTEBAN GUASCA INFANTE	1024610357	RC	2021-09-14	HIJO MENOR DE 18 AÑOS	Activo
JUAN NICOLAS GUASCA INFANTE	1032465911	TI	2017-08-01	HIJO MENOR DE 18 AÑOS	Activo

CARTA NO VÁLIDA PARA TRASLADO.

En Salud Total EPS-S S.A. apreciamos la confianza que usted ha depositado en nosotros y esperamos que usted y su familia continúen disfrutando de nuestros servicios de salud con calidad total. Escucharte es la manera de mejorar nuestro servicio por eso conoce los canales por los cuales puedes generar certificaciones. Ingresa a la APP Salud Total EPS-S opción certificaciones o www.saludtotal.com.co Oficina Virtual, portal transaccional.

Cualquier información adicional, con gusto será atendida a través del enlace **Te Escuchamos en www.saludtotal.com.co** o puede comunicarse con nuestra línea 018000114524 a nivel nacional o en Bogotá al teléfono 4854555.

Cordialmente,

GERENCIA DE OPERACIONES COMERCIAL
SALUD TOTAL EPS-S S.A.
Elaboró: *Oficina Virtual*

NOTA: En caso requerido, este certificado es válido para la atención a través del Régimen Subsidiado o como población vinculada, si el estado actual es afiliación cancelada, novedad de retiro de trabajo, afiliación no efectiva, exclusión o anulación de la afiliación y siempre y cuando al momento de retiro o exclusión no haya reportado mora. Si es mora, o cancelación por falta de pago, debe informar a su aportante que debe ponerse al día en los pagos.

SOCIEDAD ADMINISTRADORA DE FONDOS DE PENSIONES Y CESANTÍAS PORVENIR S.A.

En su condición de administradora del

FONDO DE PENSIONES OBLIGATORIAS PORVENIR

NIT 800.224.808-8

CERTIFICA QUE:

JUAN DIEGO GUASCA VARON, identificado(a) con cédula de ciudadanía **80.071.818**, se encuentra afiliado(a) al **Fondo de Pensiones Obligatorias Porvenir**.

La presente certificación se expide el 20 de Octubre del 2025.

Cordialmente,

Gerencia de Clientes

Tenga en cuenta:

Es importante que sea constante en realizar los aportes obligatorios para su pensión, así lograría recibir el ingreso que desea cuando obtenga su beneficio pensional.

Medellín, 20 de octubre de 2025

CERTIFICADO DE AFILIACIÓN – ARL SURA

La Administradora de Riesgos Laborales, SEGUROS DE VIDA SURAMERICANA S.A.NIT 890.903.790 - 5, certifica:

Que JUAN DIEGO GUASCA VARON identificado(a) con C80071818 se encuentra afiliado(a) a Riesgos Laborales y está en estado activo.

Si desea validar que este certificado haya sido realmente emitido por ARL Sura y la información aquí contenida sea real, visite www.arlsura.com.co / validar certificados e ingrese el siguiente código único de generación válido por un mes:C800718182529336938

VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA

Dirección de Aseguramiento Seguros Obligatorios

Dirección IP 10.205.28.18