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:	**JEFFERSON EDUARDO BELTRAN ILLIDGE**			**CC:**	**1121210529**
CORREO ELECTRÓNICO:	**BELTRANILLIDGE1993@GMAIL.COM**			**TELÉFONO:**	**3102879697**
DIRECCIÓN DOMICILIO:	**CL 24 84 85**			**CIUDAD:**	**BOGOTA**
BANCO AL CUAL CONSIGNAR:	**BANCO DAVIVIENDA S.A.**	**TIPO DE CUENTA:**	**AHORROS**	**N° CUENTA:**	**488437590547**
DATOS DEL CONTRATO O ADICION Y PERIODO OBJETO DE PAGO					
Nº DEL CONTRATO:	**PS 1393 2025**	**VALOR CORRESPONDIENTE AL PERIODO OBJETO DE COBRO**			**$ 2.672.026**
FECHA DE INICIO CONTRATO	**2025/01/01**	**FECHA DE TERMINACIÓN CONTRATO:**			**2025/10/31**
PERIODO OBJETO DE COBRO:	**DEL 2025/09/01 AL 2025/09/30**				

JEFFERSON EDUARDO BELTRAN ILLIDGE
PS_1393_2025_C3F5A1

NOMBRE Y FIRMA DEL CONTRATISTA:
JEFFERSON EDUARDO BELTRAN ILLIDGE
CC: 1121210529
CEL: 3102879697

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			
JEFFERSON EDUARDO BELTRAN ILLIDGE			
	CON C.C N°	**1.121.210.529**	
OBJETO DEL CONTRATO:	PRESTAR SERVICIOS COMO TECNICO 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 1393 2025**	**FECHA INICIO CONTRATO**	**2025/01/01**
VALOR INICIAL DEL CONTRATO	$ 8.016.078	**No. HORAS EJECUTADAS**	**0**
VALOR TOTAL DEL CONTRATO INCLUIDO ADICIONES:	$ 26.720.260	**VALOR DE HONORARIOS PERÍODO A CERTIFICAR:**	$ 2.672.026
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. SE REALIZO RECEPCION, REGISTRO Y CONFIRMACION DE LAS ORDENES DE SERVICIO DE LOS PACIENTES EN EL AREA DE URGENCIAS. 2. REVISE EL ESTADO DE CUENTA DEL PACIENTE CONTRA HISTORIA CLINICA, Y REALICE LA VERIFICACION DE QUE SE ENCUENTRARAN TODAS LAS ACTIVIDADES Y PROCEDIMIENTOS REALIZADOS POR EL ESPECIALISTA TRATANTE EN ESTADO REGISTRADO Y CONFIRMADO EN EL SISTEMA DE INFORMACION, GARANTIZANDO EL COBRO DE LOS MISMOS. 3. REALIZO ACOMPAÑAMIENTO Y CAPACITACION AL TALENTO HUMANO SEGUN SE DESIGNO. 4. SE REALIZO EL SEGUIMIENTO A LAS CUENTAS PENDIENTES DE CIERRE DE CADA UNA DE LAS UNIDADES DE URGENCIAS Y SE REPORTO AL RESPONSABLE PARA GARANTIZAR SU CIERRE OPORTUNAMENTE. 5. SE REALIZO EL CORRESPONDIENTE CRUCE DE BASE DE DATOS DE TODOS LOS INGRESOS PENDINTES DE CIERRE DE CADA UNA DE LAS UNIDADES DE URGENCIA Y SE DITRIBUYO EQUITATIBAMENTE A LAS COMPLEJIDADES BAJAS E INTERMEDIAS PARA AYUDA EN EL RESPECTIVO CIERRE. 6. SE REALIZO LA RESPECTIVA VALIDACION EN LA BASE DE DATOS DE INCONSISTENCIAS REALIZANDO LA CORRESPONDIENTE CORRECCION Y SUBSANACION DE LAS MISMAS PARA SU CIERRE Y RADICACION. 7. SE REALIZO LA VERIFICACION Y ENVIO DE CORREOS A LAS EPS CAPITAL Y SANITAS EXONERANDO DE COPAGOS SEGÚN CONVENIO, PREVIA VALIDACION DE CUMPLIMIENTO DE REQUISITOS EXIGIDOS POR LAS ENTIDADES, PARA NO GENERAR BARRERAS EN LA ATENCION DE LOS SERVICIOS DE LOS USUARIOS. 8. SE REALIZO ANALICIS Y REPORTE DE CUENTAS CON INCONSISTENCIAS A CADA UNA DE LAS UNIDADES PARA SU CORRECIN Y CIERRE OPORTUNO. 9. SE REALIZO ACOMPAÑAMIENTO A CADA UNO DE LOS FACTURADORES DEL AREA DE URGENCIAS SUBSANANDO DUDAS E INQUIETUDES PROPIAS DE LA LABOR DIARIA DE SUS FUNCIONES 1. REALICE RECEPCION, REGISTRO Y CONFIRMACION DE LAS ORDENES DE SERVICIO DE LOS PACIENTES EN EL AREA DE URGENCIAS. 2. REVISE EL ESTADO DE CUENTA DEL PACIENTE CONTRA HISTORIA CLINICA, Y REALICE LA VERIFICACION DE QUE SE ENCUENTRARAN TODAS LAS ACTIVIDADES Y PROCEDIMIENTOS REALIZADOS POR EL ESPECIALISTA TRATANTE EN ESTADO REGISTRADO Y CONFIRMADO EN EL SISTEMA DE INFORMACION, GARANTIZANDO EL COBRO DE LOS MISMOS. 3. REALIZO ACOMPAÑAMIENTO Y CAPACITACION AL TALENTO HUMANO SEGUN SE DESIGNO. 4. SE REALIZO EL SEGUIMIENTO A LAS CUENTAS PENDIENTES DE CIERRE DE CADA UNA DE LAS UNIDADES DE URGENCIAS Y SE REPORTO AL RESPONSABLE PARA GARANTIZAR SU CIERRE OPORTUNAMENTE. 5. SE REALIZO EL CORRESPONDIENTE CRUCE DE BASE DE DATOS DE TODOS LOS INGRESOS PENDINTES DE CIERRE DE CADA UNA DE LAS UNIDADES DE URGENCIA Y SE DITRIBUYO EQUITATIBAMENTE A LAS COMPLEJIDADES BAJAS E INTERMEDIAS PARA AYUDA EN EL RESPECTIVO CIERRE. 6. SE REALIZO LA RESPECTIVA VALIDACION EN LA BASE DE DATOS DE INCONSISTENCIAS REALIZANDO LA CORRESPONDIENTE CORRECCION Y SUBSANACION DE LAS MISMAS PARA SU CIERRE Y RADICACION. 7. SE REALIZO LA VERIFICACION Y ENVIO DE CORREOS A LAS EPS CAPITAL Y SANITAS EXONERANDO DE COPAGOS SEGÚN CONVENIO, PREVIA VALIDACION DE CUMPLIMIENTO DE REQUISITOS EXIGIDOS POR LAS ENTIDADES, PARA NO GENERAR BARRERAS EN LA ATENCION DE LOS SERVICIOS DE LOS USUARIOS. 8. SE REALIZO ANALICIS Y REPORTE DE CUENTAS CON INCONSISTENCIAS A CADA UNA DE LAS UNIDADES PARA SU CORRECIN Y CIERRE OPORTUNO. 9. SE REALIZO ACOMPAÑAMIENTO A CADA UNO DE LOS FACTURADORES DEL AREA DE URGENCIAS SUBSANANDO DUDAS E INQUIETUDES PROPIAS DE LA LABOR DIARIA DE SUS FUNCIONES

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 (2025-09-01) AL (2025-09-30)

IV. INFORMACIÓN DE APORTES A SEGURIDAD SOCIAL

No. DE PLANILLA:	N° 1075187127	OPERADOR:	SIMPLE

CONCEPTO DEL PAGO	ENTIDAD	FECHA DE PAGO	VALOR PAGADO
SALUD:	CAPITAL SALUD	2025/10/15	$ 178.000
PENSIÓN:	PORVENIR	2025/10/15	$ 227.800
RIESGOS LABORALES:	SURA	2025/10/15	$ 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	*JEFFERSON EDUARDO BELTRAN ILLIDGE* *PS_1393_2025_C3F5A1* **JEFFERSON EDUARDO BELTRAN ILLIDGE** **CC: 1121210529**
FIRMA DE QUIEN VALIDA	*YAMILE CANO HERRERA* *PS_1393_2025_C3F5A1* **YAMILE CANO HERRERA** **SUPERVISOR ALTERNO**
FIRMA DE QUIEN CONVALIDA EL CUMPLIMIENTO DE LAS OBLIGACIONES PARA EL PRESENTE PERIODO DE PAGO	*RONALD AGUILAR GOMEZ* *PS_1393_2025_C3F5A1* **RONALD AGUILAR GOMEZ** **SUPERVISOR DEL CONTRATO**

PAGOSIMPLE | AUTOLIQUIDACION CONSOLIDADA

Fecha creación reporte: 2025-10-17, 02:10:21 PM **Tipo Planilla:** I: PLANILLA INDEPENDIENTES **Numéro Planilla:** 1076499653

Periodo Cotización: septiembre de 2025 **Periodo Servicio:** septiembre de 2025 **Referencia pago (PIN):** 8823533754

PAGADO 17/10/2025

I. DATOS DEL APORTANTE

Razón Social	JEFFERSON EDUARDO BELTRAN ILLIDGE		
Documento	CC1121210529	**Dirección**	CL 77 #129 - 50
Tipo de Empresa	INDEPENDIENTE	**Teléfono**	3102879697
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 1121210529	JEFFERSON EDUARDO BELTRAN ILLIDGE	59	00																	0	30	30	30	0	(230301) PORVENIR	$ 1.423.500	$ 227.800	(EPSC34) RECAUDO SGP CAPITAL SALUD	$ 1.423.500	$ 178.000	2,436	$ 1.423.500	$ 34.700	(NIN-CC) NINGUNA CCF	$ 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	$ 2.500	$ 443.000

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.