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 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:	**EDWIN SEBASTIAN CORREDOR RINCON**			**CC:**	**1023012938**
				RUT (NIT):	**1023012938**
CORREO ELECTRÓNICO:	**CL 69D 14C 68 SUR**			**TELÉFONO:**	**3123661673**
DIRECCIÓN DOMICILIO:	**CL 69D 14C 68 SUR**			**CIUDAD:**	**BOGOTA**
BANCO AL CUAL CONSIGNAR:	**BANCO BOGOTA**	**TIPO DE CUENTA:**	**AHORROS**	**N° CUENTA:**	**441621851**

NÚMERO DEL CONTRATO Y DATOS DE LA ÚLTIMA ADICIÓN (PERIODO OBJETO DE PAGO)						
Nº DEL CONTRATO:	**PS 1336 2025**	**N° CDP:**	**800**	**N°. RP:**	**11940**	**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**					

EDWIN SEBASTIAN CORREDOR RINCON
PS_1336_2025_CF2B7D-2025-05-19 08:25:48

NOMBRE Y FIRMA DEL CONTRATISTA:
EDWIN SEBASTIAN CORREDOR RINCON
CC: 1023012938
CEL: 3123661673

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			**EDWIN SEBASTIAN CORREDOR RINCON**		
NÚMERO DE DOCUMENTO DE IDENTIDAD:			**1.023.012.938**		
I. INFORMACION GENERAL DEL CONTRATO DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS					
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 1336 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:**	13362025	**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:	HOSPITAL SANTA CLARA				
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:**	11940	**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	Realice, registro y confirmacion de las órdenes de servicio de la consulta o la observación de urgencias.
2	Revice el estado de cuenta del paciente contra historia clínica, verificando que se encuentre todas las actividades y procedimientos realizados en estado registrado y confirmado en el sistema de información, garantizando cobro dentro de la factura electrónica de venta o registro de servicios.
3	Verifique y adjunte los soportes de tecnologías no incluidas en el Plan de Beneficios reportadas al ente respectivo (MIPRES).
4	Verifique y adjunte el soporte entregado por el área de autorizaciones de trámite según acuerdo de voluntades y normatividad vigente.
5	Egrese oportunamente los pacientes del sistema de información, una vez se notifco orden de salida por el área asistencial.
6	Verifique y adjunte los soportes manuales generados en la prestación de servicios al sistema de información DGH (orden de salida, soportes como: electrocardiograma, banco de sangre, monitorias, hojas de gasto, récord anestesia, aplicación de medicamentos etc).
7	Elaborar factura de los pacientes de Urgencias y Observación y recibo de caja oportunamente de acuerdo a la atención prestada al paciente, acuerdo de voluntades y normatividad vigente
8	Legalice el dinero recibido por concepto de copago o cuota de recuperación que hagan los usuarios, en sistema de información y ante el área de tesorería.
9	Legalice el dinero recibido por concepto de copago o cuota de recuperación que hagan los usuarios, en sistema de información y ante el área de tesorería. diligencie la solicitud de crédito, el formato de pagaré yde las que hubo lugar. Recibi e ingrese los los abonos que realicen los usuarios o pacientes en concepto de pagarés.
10	Se realizaron las demás actividades relacionadas con el objeto contractual que asigne el supervisor del contrato.

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° 9485047954	OPERADOR:	APORTES EN LINEA

CONCEPTO DEL PAGO	ENTIDAD	FECHA DE PAGO	VALOR PAGADO
SALUD:	SANITAS	2025/05/12	$ 178.000
PENSIÓN:	PROTECCION	2025/05/12	$ 227.800
RIESGOS LABORALES:	SURA	2025/05/12	$ 34.700
OTRO			
TOTAL PAGADO			$ 440.500

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:	*EDWIN SEBASTIAN CORREDOR RINCON* *PS_1336_2025_CF2B7D-2025-05-19 08:25:48* **EDWIN SEBASTIAN CORREDOR RINCON** **CC: 1023012938** **CEL: 3123661673**
FIRMA DE QUIEN CONVALIDA EL CUMPLIMIENTO DE LAS OBLIGACIONES PARA EL PRESENTE PERIODO DE PAGO:	*RONALD AGUILAR GOMEZ* *PS_1336_2025_CF2B7D-2025-05-19 19:03:15* **RONALD AGUILAR GOMEZ** **CARGO:** **DIRECTOR FINANCIERO CODIGO 009 GRADO 05**
FIRMA DE QUIEN VALIDA:	*YAMILE CANO HERRERA* *PS_1336_2025_CF2B7D-2025-05-19 17:37:15* **YAMILE CANO HERRERA** **PERFIL:** **ESPECIALISTA EN CONTRATACION ESTATAL**

1 Información general
2 Condiciones
3 Bienes y servicios
4 Documentos del Proveedor
5 Documentos del contrato
6 Información presupuestal
7 **Ejecución del Contrato**
8 Modificaciones del Contrato
9 Incumplimientos

Cancelar

< Evaluación de la Entidad Estatal >

VER CONTRATO

Ejecución del Contrato

Porcentaje Recepción de artículos

Plan de Pagos

¿Se requieren emisiones de códigos de autorización? Si No

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 1336 2025 CUENTA DE COBRO ENERO 2025.pdf	PS 1336 2025 CUENTA DE COBRO ENERO 2025.pdf	Proveedor	Descargar	Detalle
☐	PS 1336 2025 CUENTA DECOBRO FEBRERO 2025.pdf	PS 1336 2025 CUENTA DECOBRO FEBRERO 2025.pdf	Proveedor	Descargar	Detalle
☐	PS 1336 2025 CUENTA DE COBRO FEBRERO 2025 ADICIONAL.PDF	PS 1336 2025 CUENTA DE COBRO FEBRERO 2025 ADICIONAL.PDF	Proveedor	Descargar	Detalle
☐	PS 1336 2025 CUENTA DE COBRO MARZO 2025.PDF	PS 1336 2025 CUENTA DE COBRO MARZO 2025.PDF	Proveedor	Descargar	Detalle
☐	PS 1336 2025 CUENTA DE COBRO ABRIL 20250001.pdf	PS 1336 2025 CUENTA DE COBRO ABRIL 20250001.pdf	Proveedor	Descargar	Detalle

	COMUNICACION SUPERVISOR PS 1336 2025.pdf	COMUNICACION SUPERVISOR PS 1336 2025.pdf	Comprador	Descargar	Detalle
	1 PS 1336 2025 CRP-6048.pdf	1 PS 1336 2025 CRP-6048.pdf	Comprador	Descargar	Detalle
	2 PS 1336 2025 CRP-11939.pdf	2 PS 1336 2025 CRP-11939.pdf	Comprador	Descargar	Detalle
	3 PS 1336 2025 CRP-11940.pdf	3 PS 1336 2025 CRP-11940.pdf	Comprador	Descargar	Detalle
	4 PS 1336 2025 CRP-19589.pdf	4 PS 1336 2025 CRP-19589.pdf	Comprador	Descargar	Detalle

Borrar Cargar nuevo

© 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