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:	**KEVIN DAVID GUERRERO GOMEZ**			**CC:**	**1022983301**
CORREO ELECTRÓNICO:	**LIXOF@HOTMAIL.COM**			**TELÉFONO:**	**3208425642**
DIRECCIÓN DOMICILIO:	**CL 74D SUR 14P 20**			**CIUDAD:**	**BOGOTA**
BANCO AL CUAL CONSIGNAR:	**BANCO DAVIVIENDA S.A.**	**TIPO DE CUENTA:**	**AHORROS**	**N° CUENTA:**	**009470589962**
DATOS DEL CONTRATO O ADICION Y PERIODO OBJETO DE PAGO					
Nº DEL CONTRATO:	**PS 1965 2025**	**VALOR CORRESPONDIENTE AL PERIODO OBJETO DE COBRO**			**$ 1.900.000**
FECHA DE INICIO CONTRATO	**2025/01/01**	**FECHA DE TERMINACIÓN CONTRATO:**			**2025/09/01**
PERIODO OBJETO DE COBRO:	**DEL 2025/10/01 AL 2025/10/31**				

KEVIN DAVID GUERRERO GOMEZ
PS_1965_2025_7057CD

NOMBRE Y FIRMA DEL CONTRATISTA:
KEVIN DAVID GUERRERO GOMEZ
CC: 1022983301
CEL: 3208425642

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				
KEVIN DAVID GUERRERO GOMEZ				
		CON C.C N°	**1.022.983.301**	
OBJETO DEL CONTRATO:	PRESTAR SERVICIOS COMO BACHILLER DE APOYO A LA GESTION PARA DESARROLLAR ACTIVIDADES EN LA DIRECCION ADMINISTRATIVA DE LA SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E.			
CONTRATO DE PRESTACION DE SERVICIOS PROFESIONALES No.	**PS 1965 2025**	**FECHA INICIO CONTRATO**	**2025/01/01**	
VALOR INICIAL DEL CONTRATO	$ 5.388.960	**No. HORAS EJECUTADAS**	**0**	
VALOR TOTAL DEL CONTRATO INCLUIDO ADICIONES:	$ 18.875.584	**VALOR DE HONORARIOS PERÍODO A CERTIFICAR:**	$ 1.900.000	
PLAZO DEL CONTRATO INCLUYENDO PRORROGAS	NUEVE (9) MESES			
UNIDAD FUNCIONAL DE EJECUCIÓN DE ACTIVIDADES:	HOSPITAL SAN BLAS			
NOMBRE DEL SUPERVISOR:	MARIA LORENA ROJAS VAN STRAHLEN			

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. Me desplace a las diferentes bodegas donde reposan las historias clínicas depuradas inventariadas cantidad 11. Búsqueda de carpetas de contratos OPS unidad San Blas cantidad 4. Recepción de historias clínicas de hospitalización cantidad 168. Recepción de historias clínicas de urgencias cantidad 1755. Enlace de evidencias https://drive.google.com/drive/folders/1jcT7TYIw6XmFCY62yARClxuPE_HuHUgV?usp=drive_link
2	2. Se está diligenciando la planilla de control de préstamos y se está verificando que las bodegas donde se encuentran las historias clínicas cuenten con condiciones adecuadas de seguridad, aseo y luminosidad. Enlace de evidencias https://drive.google.com/drive/folders/1jcT7TYIw6XmFCY62yARClxuPE_HuHUgV?usp=drive_link
3	3. Se realiza la organización de las historias clínicas correspondientes a los pacientes de hospitalización, urgencias y los consentimientos informados, asegurando que los paquetes de documentos coincidan correctamente con la identidad de cada paciente. Este proceso incluye la verificación y organización de los documentos según la cédula de identidad del paciente. Cantidad 1923. Enlace de evidencias https://drive.google.com/drive/folders/1jcT7TYIw6XmFCY62yARClxuPE_HuHUgV?usp=drive_link
4	4. Se realiza el cotejo del inventario, verificando que esté debidamente diligenciado y que la información del paciente coincida correctamente con la del formato fuid. Se realiza inventarios documentales de las diferentes series, subseries y/o asuntos de acuerdo al ciclo vital de documento: Hospitalización cantidad 168. Se realiza inventarios documentales de las diferentes series, subseries y/o asuntos de acuerdo al ciclo vital de documento: urgencias cantidad 1419. Enlace de evidencias https://drive.google.com/drive/folders/1jcT7TYIw6XmFCY62yARClxuPE_HuHUgV?usp=drive_link
5	5. Durante el periodo 01 AL 31 DE OCTUBRE 2025 no fue necesario ejecutar esta actividad,de acuerdo a las demás actividades programadas para la vigencia.
6	6. Se realiza archivada de egresos (hospitalización y urgencias) del año 2025 en su respectiva carpeta de historia clínica cantidad 643. Enlace de evidencias https://drive.google.com/drive/folders/1jcT7TYIw6XmFCY62yARClxuPE_HuHUgV?usp=drive_link
7	7. Se realiza la búsqueda y entrega de historias clínicas a través de la ventanilla y del correo institucional o Agilsalud, según sea solicitado. Enlace de evidencias https://drive.google.com/drive/folders/1jcT7TYIw6XmFCY62yARClxuPE_HuHUgV?usp=drive_link

8	8. Se realiza archivada de egresos (hospitalización, urgencias) y consentimientos informados del año 2025 en su respectiva carpeta de historia clínica cantidad 643. Enlace de evidencias https://drive.google.com/drive/folders/1jcT7TYIw6XmFCY62yARClxuPE_HuHUgV?usp=drive_link
9	9. Se realiza el control del préstamo conforme a la solicitud y necesidad del mismo Enlace de evidencias https://drive.google.com/drive/folders/1jcT7TYIw6XmFCY62yARClxuPE_HuHUgV?usp=drive_link
10	10. Apoyo en plan contingencia por inundación bodega cruces Enlace de evidencias https://drive.google.com/drive/folders/1jcT7TYIw6XmFCY62yARClxuPE_HuHUgV?usp=drive_link
11	11. Se da cumplimiento a lo pactado por la líder de gestión documental.
12	12. Se anexa copia de la planilla de pago # 1075566972 10/10/2025
13	13.Se diligencia correctamente las actividades realizadas según las obligaciones específicas del contrato, en el nuevo aplicativo
14	14. Se realiza cargue en el secop II de los soportes para el pago del mes de OCTUBRE.
15	15. Se realizan los cambios ala cuenta de cobro según la modificacion del contrato (Se acepta adición del 01/09/2025 al 31/10/2025)
16	16. se mantuvo absoluta reserva sobre la información institucional a cargo
17	17. Esta actividad debe realizarse a la finalización del contrato

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° 1075566972	OPERADOR:	SIMPLE
CONCEPTO DEL PAGO	ENTIDAD	FECHA DE PAGO	VALOR PAGADO
SALUD:	FAMISANAR	2025/10/10	$ 178.000
PENSIÓN:	PROTECCION	2025/10/10	$ 227.800
RIESGOS LABORALES:	SURA	2025/10/10	$ 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	*KEVIN DAVID GUERRERO GOMEZ* *PS_1965_2025_7057CD* **KEVIN DAVID GUERRERO GOMEZ** **CC: 1022983301**

FIRMA DE QUIEN VALIDA	*ERIKA YOHANA PLAZA VELOZA* *PS_1965_2025_7057CD* **ERIKA YOHANA PLAZA VELOZA** **SUPERVISOR ALTERNO**
FIRMA DE QUIEN CONVALIDA EL CUMPLIMIENTO DE LAS OBLIGACIONES PARA EL PRESENTE PERIODO DE PAGO	*MARIA LORENA ROJAS VAN STRAHLEN* *PS_1965_2025_7057CD* **MARIA LORENA ROJAS VAN STRAHLEN** **SUPERVISOR DEL CONTRATO**

PAGOSIMPLE | AUTOLIQUIDACION CONSOLIDADA

Fecha creación reporte: 2025-10-10, 08:47:16 AM **Tipo Planilla:** I: PLANILLA INDEPENDIENTES **Numéro Planilla:** 1075566972

Periodo Cotización: septiembre de 2025 **Periodo Servicio:** septiembre de 2025 **Referencia pago (PIN):** 8837843000

PAGADO 10/10/2025

I. DATOS DEL APORTANTE

Razón Social	KEVIN DAVID GUERRERO GOMEZ		
Documento	CC1022983301	**Dirección**	CLL 74D SUR # 14 P 20
Tipo de Empresa	INDEPENDIENTE	**Teléfono**	3208425642
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 1022983301	KEVIN DAVID GUERRERO GOMEZ	59	00																	0	30	30	30	30	(230201) PROTECCION	$ 1.423.500	$ 227.800	(EPS017) FAMISANAR EPS	$ 1.423.500	$ 178.000	2,436	$ 1.423.500	$ 34.700	(CCF22) COLSUBSIDIO	$ 1.423.500	$ 28.500	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 469.000

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	$ 1.423.500	$ 227.800	$ 178.000	$ 34.700	$ 28.500	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 469.000	$ 2.500	$ 471.500

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.