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:	**JEFREY WILCHEZ VILLANUEVA**			**CC:**	**1024600737**
CORREO ELECTRÓNICO:	**JEFRYWILCHESVILLANUEVA@GMAIL.COM**			**TELÉFONO:**	**3132908684**
DIRECCIÓN DOMICILIO:	**CL 62G #74-34**			**CIUDAD:**	**BOGOTA**
BANCO AL CUAL CONSIGNAR:	**BANCO DAVIVIENDA S.A.**	**TIPO DE CUENTA:**	**AHORROS**	**N° CUENTA:**	**004800432702**
DATOS DEL CONTRATO O ADICION Y PERIODO OBJETO DE PAGO					
Nº DEL CONTRATO:	**PS 5776 2024**	**VALOR CORRESPONDIENTE AL PERIODO OBJETO DE COBRO**			**$ 2.009.340**
FECHA DE INICIO CONTRATO	**2024/12/10**	**FECHA DE TERMINACIÓN CONTRATO:**			**2025/10/31**
PERIODO OBJETO DE COBRO:	**DEL 2025/10/01 AL 2025/10/31**				

JEFREY WILCHEZ VILLANUEVA
PS_5776_2024_20592F

NOMBRE Y FIRMA DEL CONTRATISTA:
JEFREY WILCHEZ VILLANUEVA
CC: 1024600737
CEL: 3132908684

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			
JEFREY WILCHEZ VILLANUEVA			
	CON C.C N°	**1.024.600.737**	
OBJETO DEL CONTRATO:	PRESTAR SERVICIOS TECNICOS COMO AUXILIAR DE ENFERMERIA PARA DESARROLLAR ACTIVIDADES EN LA DIRECCION DE SERVICIOS DE URGENCIAS DE LA SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E. 7120405-2024 CONVENIO APH		
CONTRATO DE PRESTACION DE SERVICIOS PROFESIONALES No.	**PS 5776 2024**	**FECHA INICIO CONTRATO**	**2024/12/10**
VALOR INICIAL DEL CONTRATO	$ 2.011.404	**No. HORAS EJECUTADAS**	**180**
VALOR TOTAL DEL CONTRATO INCLUIDO ADICIONES:	$ 23.450.526	**VALOR DE HONORARIOS PERÍODO A CERTIFICAR:**	$ 2.009.340
PLAZO DEL CONTRATO INCLUYENDO PRORROGAS	ONCE (11) MESES		
UNIDAD FUNCIONAL DE EJECUCIÓN DE ACTIVIDADES:	HOSPITAL SAN BLAS		
NOMBRE DEL SUPERVISOR:	JOSE OCTAVIANO BARRERA GUTIERREZ		

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	.Presté los servicios como gestor interno de liberación de camillas para la Unidad Funcional de Atención Pre-hospitalaria,en el marco de los estándares de calidad, oportunidad y con la norma de habilitación de servicios de salud vigente
2	".Cumplí con el objeto del contrato como gestor interno, de manera personal y autónoma. "
3	.Diligencie oportuno, completo y adecuadamente los registros de encuesta de satisfacción
4	.Acaté las instrucciones que durante el desarrollo del contrato impartio la SUBRED a través del supervisor del contrato
5	".Cumplí con el procedimiento de entrega y recibo de programación de actividades, con registro de novedades, además del reporte de necesidades administrativas y asistenciales para garantizar la operatividad de las móviles como gestor interno"
6	.diligencie el informe de la gestion de liberacion de camillas.
7	.Verifiqué el alistamiento de los vehículos de emergencias previo a verificación por el CRUE
8	".Porté de manera decorosa las prendas institucionales acorde ala establecido en el manual de imagen del CRUE junto con el carné que lo acredita como contratista de la Subred Centro Oriente E.S.E."
9	Asistí a la capacitación brindada el 15 de octubre del 2025 sobre veeduria distrital y asistí a las reunión administrativa brindada por la Dirección de Urgencias.
10	".Cumplí con las Guías, protocolos y procedimientos implementados por la Subred y demás características del sistema obligatorio de Garantías de Calidad de la Atención en Salud en el Sistema General de Seguridad Social"
11	".Apoyé la verificación del cumplimiento a las actividades programadas desde la coordinación a cada uno de los colaboradores en cada uno de los turnos"
12	.para la actividad realizada no aplica el rexporte de sucesos de seguridad, sin embargo, dentro de mis actividades y el contacto con la tripulación se socializa la Política de seguridad del paciente a los tripulantes con los cuales interactuó.
13	".Conocí, promoví y apliqué las Normas de Gestión Ambiental y residuos hospitalarios, haciendo uso eficiente de los insumos puestos a su disposición, así como de los recursos de agua y energía y contribuir con el reciclaje."
14	.Cargué mensualmente a la plataforma Secop Il el formato informe y cuenta de cobro aprobado y firmado por el supevisor de contrato.
15	.Acaté las instrucciones que durante el desarrollo del contrato imparta la SUBRED a través del supervisor del contrato.
16	".Cumplí con las Guías, protocolos y procedimientos implementados por la Subred y demás características del sistema obligatorio de Garantías de Calidad de la Atención en Salud en el Sistema General de Seguridad Social."
17	.Apliqué las politicas de calidad de la institución participando activamente en los procesos del sistema de gestión de calidad institucional
18	.Asistí a las reuniones y capacitaciones programadas por el referente y/o la institución cuando fueron requeridos
19	.Controlé adecuadamente el uso de los elementos de protección personal y bioseguridad
20	".Apoyé la entrega de medicamentos y dispositivos médicos, llevando puntos de control, y realice el alistamiento y entrega de los insumos a cada una de las móviles donde correspondio en cada uno de los turno realizados."
21	.Las demás actividades asignadas por el supervisor y que sean inherentes con el objeto 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° 34666244	OPERADOR:	ASOPAGOS

CONCEPTO DEL PAGO	ENTIDAD	FECHA DE PAGO	VALOR PAGADO
SALUD:	CAPITAL SALUD	2025/10/09	$ 178.000
PENSIÓN:	COLPENSIONES	2025/10/09	$ 227.800
RIESGOS LABORALES:	SURA	2025/10/09	$ 0
OTRO			
TOTAL PAGADO			$ 405.800

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	*JEFREY WILCHEZ VILLANUEVA* *PS_5776_2024_20592F* **JEFREY WILCHEZ VILLANUEVA** **CC: 1024600737**
FIRMA DE QUIEN VALIDA	*CLAUDIA PATRICIA MILANES ALVAREZ* *PS_5776_2024_20592F* **CLAUDIA PATRICIA MILANES ALVAREZ** **SUPERVISOR ALTERNO**
FIRMA DE QUIEN CONVALIDA EL CUMPLIMIENTO DE LAS OBLIGACIONES PARA EL PRESENTE PERIODO DE PAGO	*JOSE OCTAVIANO BARRERA GUTIERREZ* *PS_5776_2024_20592F* **JOSE OCTAVIANO BARRERA GUTIERREZ** **SUPERVISOR DEL CONTRATO**

ASOPAGOS s.a.

Certificación de Pago

Se certifica que la empresa , identificada con CC-1024600737 sucursal 0, canceló los aportes de seguridad social y parafiscales de la siguiente manera:

REFERENCIA POR TIPO DE PLANILLA		CÓDIGO ENTIDAD	NIT	NOMBRE ADMINISTRADORA	Nro. AFILIADOS	DÍAS MORA	COTIZACIÓN	INTERES	VALOR TOTAL
Período pensión:	2025-09	25-14	900336004	COLPENSIONES	1	0	227.800	0	227.800
Período salud:	2025-09	EPS005	800251440	SANITAS	1	0	178.000	0	178.000
Planilla Nro.:	34666244 Tipo I	SINARP	0	SINARP	0	0	0	0	0
Clase de aportante:	I	SINCCF	0	SIN CCF	1	0	0	0	0
Fecha transacción:	2025-10-09	PASENA	899999034	SENA	0	0	0	0	0
Banco:	1507	PAICBF	899999239	ICBF	0	0	0	0	0
Transacción:	1839852938	PAESAP	899999054	ESAP	0	0	0	0	0
		PAMIED	899999001	MINEDU	0	0	0	0	0
						GRAN TOTAL			$ 405.800

PAGADO

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 5776 2024 CUENTA DE COBRO DICIEMBRE.pdf	PS 5776 2024 CUENTA DE COBRO DICIEMBRE.pdf	Comprador	Descargar	Detalle
☐	PS 5776 2024 CUENTA DE COBRO ENERO 2025.pdf	PS 5776 2024 CUENTA DE COBRO ENERO 2025.pdf	Comprador	Descargar	Detalle
☐	PS 5776 2024 CUENTA DE COBRO FEBRERO 2025.pdf	PS 5776 2024 CUENTA DE COBRO FEBRERO 2025.pdf	Comprador	Descargar	Detalle
☐	PS 5776 2024 CUENTA DE COBRO MARZO 2025.pdf	PS 5776 2024 CUENTA DE COBRO MARZO 2025.pdf	Comprador	Descargar	Detalle
☐	PS 5776 2024 CUENTA DE COBRO ABRIL 2025.pdf	PS 5776 2024 CUENTA DE COBRO ABRIL 2025.pdf	Comprador	Descargar	Detalle
☐	PS 5776 2024 CUENTA DE COBRO MAYO 2025.pdf	PS 5776 2024 CUENTA DE COBRO MAYO 2025.pdf	Comprador	Descargar	Detalle
☐	PS 5776 2024 CUENTA DE COBRO JUNIO 2025.pdf	PS 5776 2024 CUENTA DE COBRO JUNIO 2025.pdf	Comprador	Descargar	Detalle
☐	COMUNICACION SUPERVISOR PS 5776 2024 16-07-2025.pdf	COMUNICACION SUPERVISOR PS 5776 2024 16-07-2025.pdf	Comprador	Descargar	Detalle
☐	PS 5776 2024 CUENTA DE COBRO JULIO 2025.pdf	PS 5776 2024 CUENTA DE COBRO JULIO 2025.pdf	Comprador	Descargar	Detalle
☐	PS 5776 2024 CUENTA DE COBRO AGOSTO 2025.pdf	PS 5776 2024 CUENTA DE COBRO AGOSTO 2025.pdf	Comprador	Descargar	Detalle
☐	PS 5776 2024 CUENTA DE COBRO SEPTIEMBRE 2025.pdf	PS 5776 2024 CUENTA DE COBRO SEPTIEMBRE 2025.pdf	Comprador	Descargar	Detalle

Borrar Cargar nuevo

Cancelar

< Evaluación de la Entidad Estatal >

© 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