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: 5
FECHA: 2024-09-09

DATOS DEL CONTRATISTA						
FECHA DE DILIGENCIAMIENTO: (30-06-2025)						
NOMBRES Y APELLIDOS:	**JORGE ENRIQUE CAICEDO DIAZ**				**CC:**	**11205931**
CORREO ELECTRÓNICO:	**JORGE.DIAZ841027@GMAIL.COM**				**TELÉFONO:**	**3028328014**
DIRECCIÓN DOMICILIO:	**KR 18F 01 37**				**CIUDAD:**	**BOGOTA**
BANCO AL CUAL CONSIGNAR:	**BANCO CAJA SOCIAL**		**TIPO DE CUENTA:**	**AHORROS**	**N° CUENTA:**	**24123339854**
DATOS DEL CONTRATO O ADICION Y PERIODO OBJETO DE PAGO						
Nº DEL CONTRATO:	**PS 5038 2025**	**N° CDP:**	**1027**	**N°. RP:**	**12628**	**PLAZO DEL CONTRATO INCLUIDAS PRORROGAS: TRES (03) MESES Y VEINTITRÉS (23) DÍAS**
FECHA DE INICIO CONTRATO	**2025/03/07**	**FECHA DE TERMINACIÓN CONTRATO:**		**2025/06/30**		
PERIODO OBJETO DE COBRO:	**DEL 2025/06/01 AL 2025/06/30**					
VALOR A PAGAR CORRESPONDIENTE AL PERIODO OBJETO DE COBRO						**$ 2.100.000**

JORGE ENRIQUE CAICEDO DIAZ
PS_5038_2025_B153D9-2025-06-17 13:43:39

NOMBRE Y FIRMA DEL CONTRATISTA:
JORGE ENRIQUE CAICEDO DIAZ
CC: 11205931
CEL: 3028328014

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			
JORGE ENRIQUE CAICEDO DIAZ			
	CON C.C N°	**11.205.931**	
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 5038 2025**	**FECHA INICIO CONTRATO**	**2025/03/07**
VALOR INICIAL DEL CONTRATO	$ 1.750.000	**No. HORAS EJECUTADAS**	**0**
VALOR TOTAL DEL CONTRATO INCLUIDO ADICIONES:	$ 8.050.000	**VALOR DE HONORARIOS PERÍODO A CERTIFICAR:**	$ 2.100.000
PLAZO DEL CONTRATO INCLUYENDO PRORROGAS	TRES (03) MESES Y VEINTITRÉS (23) DÍAS		
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. ADMITIR EN EL SISTEMA DE INFORMACION LOS PACIENTES QUE INGRESAN POR EL SERVICIO DE URGENCIAS Y VENTANILLAS DE HOSPITALIZACION (EN UNIDADES DONDE NO HAY ADMISIONISTA).2. VERIFICAR DERECHOS DEL PACIENTE FRENTE A LAS SEGURIDAD SOCIAL O AFILIACION DEL USUARIO (EN UNIDADES DONDE NO HAY ADMISIONISTA).3. ACTUALIZAR DATOS PERSONALES DEL USUARIO Y DATOS DEL ACUDIENTE EN EL SISTEMA DE INFORMACION.4. REPORTAR POR CORREO ELECTRONICO AL AREA DE TRABAJO SOCIAL, CUANDO SE TENGA DIFICULTAD DE IDENTIFICACION DEL PACIENTE QUE SE ENCUENTRA EN ATENCION MEDICA EN EL SERVICIO DE URGENCIAS.5. REVISAR LA RESPUESTA Y SOPORTES EMITIDOS POR PARTE DEL AREA DE TRABAJO SOCIAL (PARTICIPACION SOCIAL Y ATENCION AL USUARIO) EN CUANTO A IDENTIFICACION O CLASIFICACION DEL PACIENTE.6. RECEPCIONAR, REGISTRAR Y CONFIRMAR LAS ORDENES DE SERVICIO DE LA CONSULTA O LA OBSERVACION DE URGENCIAS.7. REVISAR EL ESTADO DE CUENTA DEL PACIENTE CONTRA HISTORIA CLINICA, Y REVISAR QUE SE ENCUENTRE TODAS LAS ACTIVIDADES Y PROCEDIMIENTOS REALIZADOS EN ESTADO REGISTRADO Y CONFIRMADO EN EL SISTEMA DE INFORMACION, GARANTIZANDO COBRO DENTRO DE LA FACTURA ELECTRONICA DE VENTA O REGISTRO DE SERVICIOS.8. VERIFICAR Y ADJUNTAR LOS SOPORTES DE TECNOLOGIAS NO INCLUIDAS EN EL PLAN DE BENEFICIOS REPORTADAS AL ENTE RESPECTIVO (MIPRES).9. VERIFICAR Y ADJUNTAR EL SOPORTE ENTREGADO POR EL AREA DE AUTORIZACIONES DE TRAMITE SEGUN ACUERDO DE VOLUNTADES Y NORMATIVIDAD VIGENTE.10. EGRESAR OPORTUNAMENTE LOS PACIENTES DEL SISTEMA DE INFORMACION, UNA VEZ SE NOTIFIQUE ORDEN DE SALIDA POR EL AREA ASISTENCIAL.11. GENERAR ORDEN DE SALIDA EN SISTEMA DE INFORMACION, FIRMAR Y ENTREGAR COPIA AL USUARIO Y POSTERIORMENTE SUBIR A CARPETA DE REQUERIMIENTOS.12. VERIFICAR Y ADJUNTAR LOS SOPORTES MANUALES GENERADOS EN LA PRESTACION DE SERVICIOS AL SISTEMA DE INFORMACION DGH (ORDEN DE SALIDA, SOPORTES COMO: ELECTROCARDIOGRAMA, BANCO DE SANGRE, MONITORIAS, HOJAS DE GASTO, RECORD ANESTESIA, APLICACION DE MEDICAMENTOS ETC).13. ELABORAR FACTURA DE LOS PACIENTES DE URGENCIAS Y OBSERVACION Y RECIBO DE CAJA OPORTUNAMENTE DE ACUERDO A LA ATENCION PRESTADA AL PACIENTE, ACUERDO DE VOLUNTADES Y NORMATIVIDAD VIGENTE14. LEGALIZAR EL DINERO RECIBIDO POR CONCEPTO DE COPAGO O CUOTA DE RECUPERACION QUE HAGAN LOS USUARIOS, EN SISTEMA DE INFORMACION Y ANTE EL AREA DE TESORERIA.15. DILIGENCIAR LA SOLICITUD DE CREDITO, EL FORMATO DE PAGARE Y VERIFICAR EL REGISTRO DE LA INFORMACION SUMINISTRADA POR EL USUARIO.16. RECIBIR E INGRESAR LOS ABONOS QUE REALICEN LOS USUARIOS O PACIENTES EN CONCEPTO DE PAGARES.17. REALIZAR CIERRE DE CAJA, ARQUEO Y ENTREGA DE SOPORTES RESPECTIVOS, SEGUN INSTRUCTIVO DEL AREA DE TESORERIA.18. ENTREGAR LAS FACTURAS GENERADAS A DIARIO SOPORTADAS Y ORGANIZADAS DE ACUERDO A LOS PROCESOS Y PROCEDIMIENTOS DEL AREA.19. CORREGIR DENTRO DE LAS 48 HORAS SIGUIENTES A SU RECEPCION, LAS DEVOLUCIONES QUE HACE EL ANALISTA DE CUENTAS.20. BRINDAR EL APOYO NECESARIO Y REALIZAR PLANES DE CONTINGENCIA EN EL MOMENTO EN QUE NO SE CUENTE CON EL SISTEMA DE INFORMACION Y/O BASES DE DATOS AFINES.21. RECEPCIONAR, DISTRIBUIR Y REALIZAR SEGUIMIENTO DE PRE FACTURAS ENVIADAS AL PROCESO DE LIQUIDACION DE LOS SERVICIOS DE HOSPITALIZACION Y CIRUGIA AMBULATORIA.22. REALIZAR ACTUALIZACION EN CUANTO A LA NORMATIVIDAD VIGENTE EN EL SGSSS Y ASISTIR A LAS REUNIONES Y CAPACITACIONES PROGRAMADAS POR EL AREA.23. REALIZAR LAS DEMAS ACTIVIDADES RELACIONADAS CON EL OBJETO CONTRACTUAL QUE ASIGNE EL SUPERVISOR DEL CONTRATO. 24. PARTICIPAR EN TODAS LAS REUNIONES Y CAPACITACIONES PROGRAMADAS POR LA SUBRED. 24. REALIZAR ACOMPAÑAMIENTO Y CAPACITACION AL TALENTO HUMANO SEGUN SEA DESIGNADO.25.CON LA FIRMA DEL CONTRATO, EL CONTRATISTA ACEPTA QUE AL MOMENTO DE ENTREGAR EL DINERO REACAUDADO EN LA VENTANILLA, PRESENTA ALGUNA DIFERENCIA O AUSENCIA DEL MISMO, ESTE SERÁ DESCONTADO DE LOS HONORARIOS QUE SE CERTIFIQUEN EN

EL MES CORRESPONDIENTE AL FALTANTE.

1	

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 (2025-06-01) AL (2025-06-30)

IV. INFORMACIÓN DE APORTES A SEGURIDAD SOCIAL

No. DE PLANILLA:	N° 86869893	OPERADOR:	MI PLANILLA

CONCEPTO DEL PAGO	ENTIDAD	FECHA DE PAGO	VALOR PAGADO
SALUD:	COMPENSAR	2025/06/13	$ 178.000
PENSIÓN:	PROTECCION	2025/06/13	$ 228.300
RIESGOS LABORALES:	POSITIVA	2025/06/13	$ 34.677

OTRO			
TOTAL PAGADO			$ 440.977

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	*JORGE ENRIQUE CAICEDO DIAZ* *PS_5038_2025_B153D9-2025-06-17 13:43:39* **JORGE ENRIQUE CAICEDO DIAZ** **CC: 11205931**
FIRMA DE QUIEN VALIDA	*YAMILE CANO HERRERA* *PS_5038_2025_B153D9-2025-06-17 18:58:28* **YAMILE CANO HERRERA** **SUPERVISOR ALTERNO**
FIRMA DE QUIEN CONVALIDA EL CUMPLIMIENTO DE LAS OBLIGACIONES PARA EL PRESENTE PERIODO DE PAGO	*RONALD AGUILAR GOMEZ* *PS_5038_2025_B153D9-2025-06-17 19:12:36* **RONALD AGUILAR GOMEZ** **SUPERVISOR DEL CONTRATO**