

		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:	CRISTIAN OLIMPO CARDENAS GAYON			CC:	1023924137
CORREO ELECTRÓNICO:	CYJ024@HOTMAIL.COM			TELÉFONO:	3044741720
DIRECCIÓN DOMICILIO:	CL 28 SUR 8 15 ESTE			CIUDAD:	BOGOTA
BANCO AL CUAL CONSIGNAR:	BANCO DAVIVIENDA S.A.	TIPO DE CUENTA:	AHORROS	N° CUENTA:	004870406743
DATOS DEL CONTRATO O ADICION Y PERIODO OBJETO DE PAGO					
N° DEL CONTRATO:	PS 5737 2024	VALOR CORRESPONDIENTE AL PERIODO OBJETO DE COBRO		\$ 3.126.758	
FECHA DE INICIO CONTRATO	2024/12/09	FECHA DE TERMINACIÓN CONTRATO:		2025/10/31	
PERIODO OBJETO DE COBRO:	DEL 2025/10/01 AL 2025/10/31				
 CRISTIAN OLIMPO CARDENAS GAYON PS_5737_2024_C6EE15 NOMBRE Y FIRMA DEL CONTRATISTA: CRISTIAN OLIMPO CARDENAS GAYON CC: 1023924137 CEL: 3044741720					

CELEBRADO ENTRE LA SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E Y
CRISTIAN OLIMPO CARDENAS GAYON

CON C.C N°1.023.924.137

OBJETO DEL CONTRATO:	PRESTAR SERVICIOS COMO TECNICO GESTOR PARA DESARROLLAR ACTIVIDADES EN LA DIRECCION DE SERVICIOS DE URGENCIAS DE LA SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E. CONVENIO 7120405-2024 APH
----------------------	---

CONTRATO DE PRESTACION DE SERVICIOS PROFESIONALES No.	PS 5737 2024	FECHA INICIO CONTRATO	2024/12/09
VALOR INICIAL DEL CONTRATO	\$ 3.028.924	No. HORAS EJECUTADAS	0
VALOR TOTAL DEL CONTRATO INCLUIDO ADICIONES:	\$ 33.136.458	VALOR DE HONORARIOS PERÍODO A CERTIFICAR:	\$ 3.126.758
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	DESARROLLE LAS ACTIVIDADES QUE SE GENERARON DIRETA E INDIRECTAMENTE DEL OBJETO CONTRACTUAL EN LAS UNIDADES DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS ASIGNADAS EN LAS USS SAN BLAS COMO BASE DEL PROGRAMA APH
2	REALICÉ LOS DESPLAZAMIENTOS EN VEHÍCULO DE APOYO ANTE LAS NOVEDADES DERIVADAS DE LA OPERACIÓN EN COMUNICACIÓN CON CENTRO REGULADOR DE URGENCIAS Y EMERGENCIAS CRUE Y DESPLAZAMIENTOS PARA RADICACIÓN DE DOCUMENTACIÓN INTERNA.
3	REGISTRÉ LAS ACTIVIDADES Y PROCEDIMIENTOS ASIGNADOS, SEGÚN LOS FORMATOS O BASES DE DATOS DEL PROCESO, MANTUVÉ ACTUALIZADOS LOS INFORMES REQUERIDOS PARA LA OPERACIÓN DEL PROGRAMA DEFINIDOS POR LA ENTIDAD Y LOS REGISTROS NECESARIOS PARA EL CUMPLIMIENTO DEL PROCESO.
4	REALICE Y ENTREGUE OPORTUNAMENTE EL REPORTE DE LA ASISTENCIA Y CUMPLIMIENTO DE LA OPERATIVIDAD DE CADA PERFIL DE ACUERDO AL CRONOGRAMA ASIGNADO, AL LIDER Y AREA FINANCIERA DEL CONVENIO.
5	APOYE LA GESTIÓN EXTERNA DE LAS AMBULANCIAS DE LA UNIDAD FUNCIONAL DE APH CENTRO ORIENTE EN VERIFICACIÓN Y GESTIONELA LIBERACIÓN DE CAMILLAS RETENIDAS EN LAS IPS
6	APOYÉ LA ENTREGA DE MEDICAMENTOS Y DISPOSITIVOS MÉDICOS, LLEVANDO PUNTOS DE CONTROL, Y REALIZANDO EL ALISTAMIENTO Y ENTREGA DE LOS INSUMOS A CADA UNA DE LAS MÓVILES.
7	PORTÉ DE MANERA DECOROSA LAS PRENDAS INSTITUCIONALES ACORDE A LO ESTABLECIDO EN EL MANUAL DE IMAGEN DEL CRUE JUNTO CON EL CARNET QUE ME ACREDITA COMO COLABORADOR DE LA SUBRED CENTRO ORIENTE E.S.E
8	REALICÉ EL REPORTE DE SUCESOS DE SEGURIDAD Y ACCIDENTES LABORALES EN LOS CASOS REQUERIDOS.
9	DI TRATO DIGNO Y HUMANIZADO TANTO AL CLIENTE INTERNO COMO EXTERNO
10	APOYE LA VERIFICACIÓN DEL CUMPLIMIENTO A LAS ACTIVIDADES PROGRAMADAS DESDE LA COORDINACIÓN A CADA UNO DE LOS COLABORADORES
11	APLIQUE LAS POLÍTICAS DE CALIDAD DE LA INSTITUCIÓN PARTICIPANDO ACTIVAMENTE EN LOS PROCESOS DEL SISTEMA DE GESTIÓN DE CALIDAD INSTITUCIONAL
12	ASISTÍ A LAS REUNIONES Y CAPACITACIONES PROGRAMADAS POR EL REFERENTE Y/O LA INSTITUCIÓN EN CAUNATOS A LOS PROCESOS DEL SISTEMA DE GESTIÓN DE CALIDAD INSTITUCIONAL
13	VELÉ POR EL SEGUIMIENTO DE LAS NORMAS DE BIOSEGURIDAD, SALUD OCUPACIONAL Y GESTIÓN AMBIENTAL.
14	TRAMITE DENTRO DE LOS TIEMPOS ESTABLECIDOS POR LA SUBRED CENTRO ORIENTE LOS FORMATOS DE "FORMATO INFORME Y CUENTA DE COBRO", "CERTIFICADO DE PAGO DE APORTES SOCIALES"
15	REALICE LAS DEMÁS ACTIVIDADES ASIGNADAS POR EL SUPERVISOR NHERENTES CON EL OBJETO DEL CONTRATO Y LA EJECUCIÓN DEL CONVENIO 7120405-2024 "APH"

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° 90114187	OPERADOR:	MI PLANILLA	
CONCEPTO DEL PAGO	ENTIDAD	FECHA DE PAGO	VALOR PAGADO	
SALUD:	COMPENSAR	2025/10/10	\$ 178.200	
PENSIÓN:	PORVENIR	2025/10/10	\$ 228.000	
RIESGOS LABORALES:	SURA	2025/10/10	\$ 34.800	
OTRO				
TOTAL PAGADO			\$ 441.000	

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	 CRISTIAN OLIMPO CARDENAS GAYON PS_5737_2024_C6EE15 CRISTIAN OLIMPO CARDENAS GAYON CC: 1023924137
FIRMA DE QUIEN VALIDA	 CLAUDIA PATRICIA MILANES ALVAREZ PS_5737_2024_C6EE15 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_5737_2024_C6EE15 JOSE OCTAVIANO BARRERA GUTIERREZ SUPERVISOR DEL CONTRATO

DATOS DE LA PLANILLA						
PLANILLA ASOCIADA	FECHA PAGO ASOCIADA (DIAMES/AÑO)	TIPO PLANILLA	FECHA PAGO (DIA/MES/AÑO)	NÚMERO PLANILLA	CANTIDAD	
					EMPLEADOS	UPC
					1	0
PERIODO SALUD	PERIODO PENSIONES				TOTAL A PAGAR	
2025-09	2025-09	I	10/10/2025	90114187	\$441.000	

TOTALES POR SUBSISTEMAS

TOTALES SALUD													
Código EPS	Nombre	NIT	Cotización Obligatoria	UPC Adicional	Incapacidades		Licencia Maternidad		Días Mora	Valor Mora Cotización	Valor Mora UPC	Total a Pagar	No. Afiliados
					No. Autorización	Valor	No. Autorización	Valor					
EPS008	Compensar EPS	860066942-7	178.000	0		0		0	1	200	0	178.200	1

TOTALES PENSIÓN												
Código AFP	Nombre	NIT	Cotización Obligatoria	Aporte Voluntario Afiliado	Aporte Voluntario Aportante	Aporte FSP - Solidaridad	Aporte FSP - Subsistencia	Días Mora	Valor Mora Cotización	Valor Mora FSP	Total a Pagar	No. Afiliados
230301	Porvenir	800224808-8	227.800	0	0	0	0	1	200	0	228.000	1

TOTALES RIESGOS LABORALES															
Código ARL	Nombre	NIT	Cotización Obligatoria	Incapacidades		Aportes Otros Sistemas	Valor Neto Cotización	Días Mora	Valor Mora Cotización	Subtotal Cotización	No. Radicado Saldo a Favor	Valor Saldo a Favor	Fondo Solidaridad	Total a Pagar	No. Afiliados
				No. Autorización	Valor										
14-11	ARL SURA	890903790-5	34.700				34.700	1	100	34.800			347	34.800	1

TOTALES CAJAS							
Código CCF	Nombre	NIT	Valor Aporte	Días Mora	Valor Mora Aporte	Total a Pagar	No. Afiliados

TOTALES PARAFISCALES				
Valor Aporte	Días Mora	Valor Mora Aporte	Total a Pagar	No. Afiliados
SENA				
0	1	0	0	0
ICBF				
0	1	0	0	0
ESAP				
MEN				

TOTALES POR SUBSISTEMA			
Tipo Administradora	No. Administradoras Reportadas	Valor antes de IGE, LMA, IRP y Mora	Total a Pagar
Salud	1	178.000	178.200
Pensión	1	227.800	228.000
Riesgos Laborales	1	34.700	34.800
CCF	0	0	0
ESAP	0	0	0
ICBF	0	0	0
MEN	0	0	0
SENA	0	0	0
TOTALES	3	440.500	441.000

DATOS DEL APORTANTE						
TIPO	NÚMERO	NOMBRE APORTANTE		DIRECCIÓN	TELÉFONO	CORREO
CC	1023924137	CRISTIAN OLIMPO CARDENAS GAYON		CL 28 SUR 8-15 ESTE	3679823	cyj024@hotmail.com
FORMA PRESENTACIÓN	CLASE APORTANTE	NOMBRE SUCURSAL	CÓDIGO	DEPARTAMENTO	CIUDAD / MUNICIPIO	
ÚNICA	I – Independiente			BOGOTÁ D. C.	BOGOTÁ, D.C.	
						EXONERADO PAGO PARAFISCALES Y SALUD
						NO

DATOS DE LA PLANILLA					
PLANILLA ASOCIADA	FECHA PAGO ASOCIADA (DIA/MES/AÑO)	TIPO PLANILLA	FECHA PAGO (DIA/MES/AÑO)	NÚMERO PLANILLA	CANTIDAD
					EMPLEADOS
PERIODO SALUD	PERIODO PENSIONES				UPC
2025-09	2025-09	I	10/10/2025	90114187	\$441.000
					TOTAL A PAGAR

DETALLE POR COTIZANTE																																														
INFORMACIÓN COTIZANTE										INFORMACIÓN NOVEDADES							PENSIÓN							SALUD			RIESGOS LABORALES			CCF			PARAFISCALES													
No.	Tipo	No. de Identificación	Apellidos y Nombres	Cotizante	Sueldo	Excedente	Columna exterior	Exonerado	ING	RET	TDE	TAE	TDP	TAP	VBP	VBT	SILN	IOE	IVA	IVA	IVA	IVA	IVA	IVA	IVA	Cód. EPS	IBC EPS	Cotización / Valor UPC	Cód. ARL	IBC ARL	Clase de Riesgo	Cotización	Código CCF	IBC CCF	Aporte CCF	IBC otros parafiscales	Aporte SENA	Aporte ICBF	Aporte ESAP	Aporte MEN						
1	CC	1023924137	CARDENAS GAYON CRISTIAN OLIMPO	59	0			N																		230301	1.423.500	227.800	0	0	0	0	EPS008	1.423.500	178.000	14-11	1.423.500	3	34.700		0	0	0	0	0	0

PAGADA