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:	**DANIELA RINCON VELASQUEZ**			**CC:**	**1026582673**
CORREO ELECTRÓNICO:	**DANIELAA.R.VELASQUEZ@GMAIL.COM**			**TELÉFONO:**	**3219966143**
DIRECCIÓN DOMICILIO:	**CL 146 19 39**			**CIUDAD:**	**BOGOTA**
BANCO AL CUAL CONSIGNAR:	**BANCO DAVIVIENDA S.A.**	**TIPO DE CUENTA:**	**AHORROS**	**N° CUENTA:**	**488445831602**
DATOS DEL CONTRATO O ADICION Y PERIODO OBJETO DE PAGO					
Nº DEL CONTRATO:	**PS 1881 2025**	**VALOR CORRESPONDIENTE AL PERIODO OBJETO DE COBRO**			**$ 8.464.080**
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**				

DANIELA RINCON VELASQUEZ
PS_1881_2025_690B5C

NOMBRE Y FIRMA DEL CONTRATISTA:
DANIELA RINCON VELASQUEZ
CC: 1026582673
CEL: 3219966143

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			
DANIELA RINCON VELASQUEZ			
	CON C.C N°	**1.026.582.673**	
OBJETO DEL CONTRATO:	PRESTAR SERVICIOS PROFESIONALES COMO MEDICO GENERAL PARA DESARROLLAR ACTIVIDADES EN LA DIRECCION DE SERVICIOS HOSPITALARIOS DE LA SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E.		
CONTRATO DE PRESTACION DE SERVICIOS PROFESIONALES No.	**PS 1881 2025**	**FECHA INICIO CONTRATO**	**2025/01/01**
VALOR INICIAL DEL CONTRATO	$ 15.517.480	**No. HORAS EJECUTADAS**	**240**
VALOR TOTAL DEL CONTRATO INCLUIDO ADICIONES:	$ 75.330.312	**VALOR DE HONORARIOS PERÍODO A CERTIFICAR:**	$ 8.464.080
PLAZO DEL CONTRATO INCLUYENDO PRORROGAS	NUEVE (9) MESES		
UNIDAD FUNCIONAL DE EJECUCIÓN DE ACTIVIDADES:	HOSPITAL SANTA CLARA		
NOMBRE DEL SUPERVISOR:	GUILLERMO RUBIO GUIZA		

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. Informo al paciente y sus familiares sobre la condición clínica, plan de manejo, atención y recomendaciones de egreso, conocer el grado de satisfacción sobre los servicios prestados y resuelvo inquietudes relacionadas con el proceso de atención, todo de acuerdo al protocolo institucional de entrega de información. 2. Participó en la elaboración, actualización, implementación y adherencia de guías, manuales, procedimientos y protocolos que apliquen al servicio. 3. Realizó seguimiento y control a pacientes hospitalizados en los que se requiera su participación. 4. Emito conceptos médicos que se le requieran, realizar resúmenes de historia clínica, epicrisis u otros documentos asistenciales o administrativos que sean solicitados. 5. Registro en forma completa, oportuna, sistematizada y legible la historia clínica, consentimiento informado realizados al paciente con sello y firma. 6. Tengo disposición de participar en la programación de actividades del servicio y todo lo requerido. 7. Diligencio y reporto oportunamente los certificados de estadísticas vitales de acuerdo a la normatividad vigente. 8. Participó de forma activa en las jornadas de capacitación, inducción, reuniones, comités y eventos a los cuales sea convocado. 9. Se presta el apoyo necesario para dar respuesta a objeciones iníciales evitando así que se genere Glosa Definitiva o procesos de Conciliación por parte de EPS-S-EAPB cuando esta actividad es requerida por el líder del servicio. Registros de notas aclaratorias en dinámica gerencial. 10. Reporto los eventos de notificación obligatoria con la oportunidad establecida en la normatividad vigente con el diligenciamiento de fichas de notificación a SIVIGILA. 11. Presto servicios asistenciales respetando la autonomía institucional de la subred, su visión, misión, estructura orgánica reglamentos administrativos, técnicos, científicos y disciplinarios, acogiendo las directrices institucionales 12. Cumplo oportunamente con las recomendaciones, oportunidades de mejora, actas de compromiso y demás solicitudes de la Supervisión y de la Oficina de Calidad. 13. Respeto los derechos del paciente, cumplo el código de ética medica y las disposiciones legales pertinentes propias de los servicios en donde se preste la atención. 14. Garantizo la reserva de la información del paciente y de los registros clínicos.

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° 90597879	OPERADOR:	MI PLANILLA

CONCEPTO DEL PAGO	ENTIDAD	FECHA DE PAGO	VALOR PAGADO
SALUD:	COMPENSAR	2025/10/14	$ 380.900
PENSIÓN:	COLPENSIONES	2025/10/14	$ 487.600
RIESGOS LABORALES:	SURA	2025/10/14	$ 74.300
OTRO			
TOTAL PAGADO			$ 942.800

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	*DANIELA RINCON VELASQUEZ* *PS_1881_2025_690B5C* **DANIELA RINCON VELASQUEZ** **CC: 1026582673**
FIRMA DE QUIEN VALIDA	*DEISY YANETH HENAO VILLALOBOS* *PS_1881_2025_690B5C* **DEISY YANETH HENAO VILLALOBOS** **SUPERVISOR ALTERNO**
FIRMA DE QUIEN CONVALIDA EL CUMPLIMIENTO DE LAS OBLIGACIONES PARA EL PRESENTE PERIODO DE PAGO	*GUILLERMO RUBIO GUIZA* *PS_1881_2025_690B5C* **GUILLERMO RUBIO GUIZA** **SUPERVISOR DEL CONTRATO**

compensar | miplanilla.com

PLANILLA INTEGRADA DE AUTOLIQUIDACION DE APORTES

DATOS DEL APORTANTE						
TIPO	NÚMERO	NOMBRE APORTANTE	DIRECCIÓN	TELÉFONO	CORREO	EXONERADO PAGO PARAFISCALES Y SALUD
CC	1026582673	DANIELA RINCON VELASQUEZ	Calle 146 # 19-39	3219966143	danielaa.r.velasquez@gmail.com	
FORMA PRESENTACIÓN	CLASE APORTANTE	NOMBRE SUCURSAL / CÓDIGO	DEPARTAMENTO	CIUDAD / MUNICIPIO		
ÚNICA	I – Independiente		BOGOTÁ. D. C.	BOGOTÁ. D.C.		NO

DATOS DE LA PLANILLA						
PLANILLA ASOCIADA	FECHA PAGO ASOCIADA (DIA/MES/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	14/10/2025	90597879	$1.003.800	

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	380.900	0		0		0	0	0	0	380.900	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
25-14	Colpensiones	900336004-7	487.600	0	0	0	0	0	0		487.600	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	74.300				74.300	0	0	74.300			743	74.300	1

TOTALES CAJAS

Código CCF	Nombre	NIT	Valor Aporte	Días Mora	Valor Mora Aporte	Total a Pagar	No. Afiliados
CCF24	Compensar Caja	860066942-7	61.000	0	0	61.000	1

TOTALES PARAFISCALES

Valor Aporte	Días Mora	Valor Mora Aporte	Total a Pagar	No. Afiliados
SENA				
0	0	0	0	0
ICBF				
0	0	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	380.900	380.900
Pensión	1	487.600	487.600
Riesgos Laborales	1	74.300	74.300
CCF	1	61.000	61.000
ESAP	0	0	0
ICBF	0	0	0
MEN	0	0	0
SENA	0	0	0
TOTALES	4	1.003.800	1.003.800

Este documento está clasificado como PRIVADO por parte de Compensar Operador de Información

ıncelar

< Evaluación de la Entidad Estatal >

ER CONTRATO

ıción del Contrato

ºorcentaje Recepción de artículos

de Pagos

¿Se requieren emisiones de códigos de autorización? Sí ◉ No

de pago	Número de factura	Fecha de emisión	Fecha de recepción	Valor total de la factura	Estado

existen resultados que cumplan con los criterios de búsqueda especificados

Crear

ımentos de ejecución del contrato

Descripción	Nombre del archivo	Cargado por		
1. PS 1881 2025 CUENTA COBRO ENERO 2025.pdf	1. PS 1881 2025 CUENTA COBRO ENERO 2025.pdf	Comprador	Descargar	Detalle
2. PS 1881 2025 CUENTA COBRO FEBRERO 2025.pdf	2. PS 1881 2025 CUENTA COBRO FEBRERO 2025.pdf	Comprador	Descargar	Detalle
3.PS 1881 2025 CUENTA DE COBRO MARZO 2025.pdf	3.PS 1881 2025 CUENTA DE COBRO MARZO 2025.pdf	Comprador	Descargar	Detalle
4. PS 1881 2025 CUENTA DE COBRO ABRIL 2025.pdf	4. PS 1881 2025 CUENTA DE COBRO ABRIL 2025.pdf	Comprador	Descargar	Detalle
5. PS 1881 2025 CUENTA DE COBRO MAYO 2025.pdf	5. PS 1881 2025 CUENTA DE COBRO MAYO 2025.pdf	Comprador	Descargar	Detalle
1 PS 1881 2025 CRP-6474.pdf	1 PS 1881 2025 CRP-6474.pdf	Comprador	Descargar	Detalle
2 PS 1881 2025 CRP-11236.pdf	2 PS 1881 2025 CRP-11236.pdf	Comprador	Descargar	Detalle
3 PS 1881 2025 CRP-12139.pdf	3 PS 1881 2025 CRP-12139.pdf	Comprador	Descargar	Detalle
4 PS 1881 2025 CRP-15923.pdf	4 PS 1881 2025 CRP-15923.pdf	Comprador	Descargar	Detalle
6. PS 1881 2025 CUENTA DE COBRO JUNIO 2025.pdf	6. PS 1881 2025 CUENTA DE COBRO JUNIO 2025.pdf	Comprador	Descargar	Detalle
5 PS 1881 2025 CRP-19062.pdf	5 PS 1881 2025 CRP-19062.pdf	Comprador	Descargar	Detalle
8. PS 1881 2025 CUENTA DE COBRO AGOSTO 2025.pdf	8. PS 1881 2025 CUENTA DE COBRO AGOSTO 2025.pdf	Proveedor	Descargar	Detalle
9. PS 1881 2025 CUENTA DE COBRO SEPTIEMBRE 2025.pdf	9. PS 1881 2025 CUENTA DE COBRO SEPTIEMBRE 2025.pdf	Proveedor	Descargar	Detalle
7. PS 1881 2025 CUENTA DE COBRO JULIO.pdf	7. PS 1881 2025 CUENTA DE COBRO JULIO.pdf	Proveedor	Descargar	Detalle