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:	**GERMAN EDUARDO MENDOZA PEÑA**			**CC:**	**1033771170**
CORREO ELECTRÓNICO:	**GEREDUMENPEN1995@GMAIL.COM**			**TELÉFONO:**	**3028544118**
DIRECCIÓN DOMICILIO:	**TV 5 G 48 P 54 SUR AP 301**			**CIUDAD:**	**BOGOTA**
BANCO AL CUAL CONSIGNAR:	**BANCO DAVIVIENDA S.A.**	**TIPO DE CUENTA:**	**AHORROS**	**N° CUENTA:**	**488411026757**
DATOS DEL CONTRATO O ADICION Y PERIODO OBJETO DE PAGO					
Nº DEL CONTRATO:	**PS 2822 2025**	**VALOR CORRESPONDIENTE AL PERIODO OBJETO DE COBRO**			**$ 2.100.000**
FECHA DE INICIO CONTRATO	**2025/01/01**	**FECHA DE TERMINACIÓN CONTRATO:**			**2025/09/01**
PERIODO OBJETO DE COBRO:	**DEL 2025/10/01 AL 2025/10/30**				

GERMAN EDUARDO MENDOZA PEÑA
PS_2822_2025_1334AD

NOMBRE Y FIRMA DEL CONTRATISTA:
GERMAN EDUARDO MENDOZA PEÑA
CC: 1033771170
CEL: 3028544118

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			
GERMAN EDUARDO MENDOZA PEÑA			
	CON C.C N°	**1.033.771.170**	
OBJETO DEL CONTRATO:	PRESTAR SERVICIOS COMO BACHILLER AUTORIZADOR Y ADMISIONISTA 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 2822 2025**	**FECHA INICIO CONTRATO**	**2025/01/01**
VALOR INICIAL DEL CONTRATO	$ 5.927.856	**No. HORAS EJECUTADAS**	**0**
VALOR TOTAL DEL CONTRATO INCLUIDO ADICIONES:	$ 20.851.142	**VALOR DE HONORARIOS PERÍODO A CERTIFICAR:**	$ 2.100.000
PLAZO DEL CONTRATO INCLUYENDO PRORROGAS	NUEVE (9) MESES		
UNIDAD FUNCIONAL DE EJECUCIÓN DE ACTIVIDADES:	HOSPITAL LA VICTORIA		
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	Realice Ingresos en el sistema de Información Dinámica Gerencial de los pacientes que ingresaron por urgencias que fueron clasificados con un Triage I,II,Y II
2	Realice reporte a Trabajo Social, desde el Ingreso de pacientes que presentó inconsistencia y/o problemas de aseguramiento
3	Registre en el aplicativo de BITACORAS en el ESTADO DE AFILIACION ,de los pacientes que ingresan por el servicio de urgencias problemas de aseguramiento
4	Realice informes de solicitudes de afiliación de oficio a los pacientes que aplican, según verificación de derechos
5	Realice reporte de solicitud de autorizaciones de las Boletas y/o solicitud de servicios entregados por los camilleros y/o profesionales
6	Realice la entrega de Turno mediante el libro, para realizar seguimiento por el colaborador que recibe y asi dar continuidad a la consecucion de las autorizaciones Realice la entrega de Turno mediante el libro, para realizar seguimiento por el colaborador que recibe y asi dar continuidad a la consecucion de las autorizaciones oportunamente oportunamente
7	Asistir a las reuniones y capacitaciones programadas por el área y/o las Intitucionales (capacitacion de eps familiar de colombia) oportunamente
8	REGISTRE MEDIANTE INGRESO TODOS LOS PACIENTES QUE CUENTEN CON PROGRAMACION DE CIRUGIAS AMBULATORIAS
9	Se realizo gestion al 100% de los pendientes reportados por las tecnicas
10	Cumpli con el 97 % Subiendo soportes de verificacion de derechos en el sistema de Informacion Dinamica Gerencial en el ITEM de Requerimientos
11	verifique en todas las bases de datos (ADRES, DNP, BDUA, Comprobador, Web, páginas de las EAPB, entre Otras), el estado de afiliación del paciente o los pacientes, tanto por número de documentos como por nombres y apellidos, esto con el fin de realizar una correcta identificación de la EAPB de cada uno de los pacientes ingresados.

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 (2025-10-30)

IV. INFORMACIÓN DE APORTES A SEGURIDAD SOCIAL

No. DE PLANILLA:	N° 9492530510	OPERADOR:	APORTES EN LINEA

CONCEPTO DEL PAGO	ENTIDAD	FECHA DE PAGO	VALOR PAGADO
SALUD:	COMPENSAR	2025/10/20	$ 178.400
PENSIÓN:	COLFONDOS	2025/10/20	$ 228.300
RIESGOS LABORALES:	SURA	2025/10/20	$ 34.800
OTRO			
TOTAL PAGADO			$ 441.500

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	*GERMAN EDUARDO MENDOZA PEÑA* *PS_2822_2025_1334AD* **GERMAN EDUARDO MENDOZA PEÑA** **CC: 1033771170**
FIRMA DE QUIEN VALIDA	*YENI ROCIO AVILA RONDON* *PS_2822_2025_1334AD* **YENI ROCIO AVILA RONDON** **SUPERVISOR ALTERNO**
FIRMA DE QUIEN CONVALIDA EL CUMPLIMIENTO DE LAS OBLIGACIONES PARA EL PRESENTE PERIODO DE PAGO	*RONALD AGUILAR GOMEZ* *PS_2822_2025_1334AD* **RONALD AGUILAR GOMEZ** **SUPERVISOR DEL CONTRATO**

aportes en línea

Resumen General de Pago

DATOS GENERALES DEL APORTANTE

Identificación	dv	Razon Social	Clase Aportante	Sucursal Principal	Direccion	Ciudad-Departamento	Teléfono	Exonerado SENA e ICBF
CC 1033771170		MENDOZA PEÑA GERMAN EDUARDO	INDEPENDIENTE	PRINCIPAL	TRANSVERSAL 5G 48P 54 SUR APTO 301	BOGOTA-BOGOTA D.E.	5555555	No

DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION

Periodo		Clave		Tipo	Fecha		Pago		
Pensión	Salud	Pago	Planilla	Planilla	Limite	Pago	Banco	Dias Mora	Valor
2025-09	2025-09	1861964348	9492530510	I	2025/10/17	2025/10/20	NEQUI	3	$441,500

LIQUIDACION DETALLADA DE APORTES

EMPLEADO					PENSION		SALUD				CCF				RIESGOS				PARAFISCALES		
No.	Identificación	Nombres	Codigo	Días	IBC	Aporte	Codigo	Días	IBC	Aporte	Codigo	Días	IBC	Aporte	Codigo	Días	IBC	Aporte	Días	IBC	Aporte
Sucursal: PRINCIPAL (1 Afiliados)					$1,423,500	$227,800			$1,423,500	$178,000			$0	$0			$1,423,500	$34,700		$0	$0
Centro de Trabajo: PRINCIPAL (1 Afiliados)					**$1,423,500**	**$227,800**			**$1,423,500**	**$178,000**			**$0**	**$0**			**$1,423,500**	**$34,700**		**$0**	**$0**
Ciudad: BOGOTA Depto: BOGOTA D.E. (1 Afiliados)					**$1,423,500**	**$227,800**			**$1,423,500**	**$178,000**			**$0**	**$0**			**$1,423,500**	**$34,700**		**$0**	**$0**
1	CC	1033771170	MENDOZA GERMAN	231001	30	$1,423,500	$227,800	EPS008	30	$1,423,500	$178,000		0	$0	$0	14-11	30	$1,423,500	$34,700	0	$0	$0
Total	**Afiliados(1)**				**$1,423,500**	**$227,800**			**$1,423,500**	**$178,000**			**$0**	**$0**			**$1,423,500**	**$34,700**		**$0**	**$0**

Powered by CamScanner

Resumen General de Pago

DATOS GENERALES DEL APORTANTE

Identificación	dv	Razon Social	Clase Aportante	Sucursal Principal	Direccion	Ciudad-Departamento	Teléfono	Exonerado SENA e ICBF
CC 1033771170		MENDOZA PEÑA GERMAN EDUARDO	INDEPENDIENTE	PRINCIPAL	TRANSVERSAL 5G 48P 54 SUR APTO 301	BOGOTA-BOGOTA D.E.	5555555	No

DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION

Periodo		Clave		Tipo	Fecha		Pago		
Pensión	Salud	Pago	Planilla	Planilla	Limite	Pago	Banco	Dias Mora	Valor
2025-09	2025-09	1861964348	9492530510	I	2025/10/17	2025/10/20	NEQUI	3	$441,500

RESUMEN DE PAGO

RIESGO	CODIGO	NIT	DV	AFILIADOS	VALOR LIQUIDADO	INTERESES MORA	SALDOS E INCAPACIDADES	VALOR A PAGAR
AFP (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$227,800	$500	$0	$228,300
COLFONDOS	231001	800,227,940	6	1	$227,800	$500	$0	$228,300
ARL (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$34,700	$100	$0	$34,800
ARL SURA	14-11	890,903,790	5	1	$34,700	$100	$0	$34,800
EPS (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$178,000	$400	$0	$178,400
COMPENSAR	EPS008	860,066,942	7	1	$178,000	$400	$0	$178,400
TOTAL				1	$440,500	$1,000	$0	$441,500

Powered by CamScanner

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

Datos guardados

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? ○ Sí ◉ 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 2822 2025 CTA ENERO_2025.pdf	PS 2822 2025 CTA ENERO_2025.pdf	Comprador	Descargar	Detalle
☐	PS 2822 2025 CTA FEBRERO_2025.pdf	PS 2822 2025 CTA FEBRERO_2025.pdf	Comprador	Descargar	Detalle
☐	PS 2822 2025 CTA FEBRERO_2025 RES 072.pdf	PS 2822 2025 CTA FEBRERO_2025 RES 072.pdf	Comprador	Descargar	Detalle
☐	PS 2822 2025 CTA MARZO_2025.pdf	PS 2822 2025 CTA MARZO_2025.pdf	Comprador	Descargar	Detalle
☐	PS 2822 2025 CTA ABRIL_2025.pdf	PS 2822 2025 CTA ABRIL_2025.pdf	Comprador	Descargar	Detalle

☐	COMUNICACION SUPERVISOR PS 2822 2025.pdf	COMUNICACION SUPERVISOR PS 2822 2025.pdf	Comprador	Descargar	Detalle
☐	PS 2822 2025 CUENTA MAYO.pdf	PS 2822 2025 CUENTA MAYO.pdf	Comprador	Descargar	Detalle
☐	1 PS 2822 2025 CRP-7131.pdf	1 PS 2822 2025 CRP-7131.pdf	Comprador	Descargar	Detalle
☐	2 PS 2822 2025 CRP-12280.pdf	2 PS 2822 2025 CRP-12280.pdf	Comprador	Descargar	Detalle
☐	3 PS 2822 2025 CRP-12281.pdf	3 PS 2822 2025 CRP-12281.pdf	Comprador	Descargar	Detalle
	PS_XXXX_2025_CUENTA JUNIO 2025.pdf (Archivado)	PS_XXXX_2025_CUENTA JUNIO 2025.pdf	Proveedor	Descargar	Detalle
☐	4 PS 2822 2025 CUENTA JUNIO 2025.pdf	4 PS 2822 2025 CUENTA JUNIO 2025.pdf	Proveedor	Descargar	Detalle
	PS 2822 2025 CUENTA JULIO 2025.pdf (Archivado)	PS 2822 2025 CUENTA JULIO 2025.pdf	Proveedor	Descargar	Detalle
☐	5 PS 2822 2025 CUENTA JULIO 2025.pdf	5 PS 2822 2025 CUENTA JULIO 2025.pdf	Proveedor	Descargar	Detalle
☐	PS 2822 2025 CUENTA AGOSTO.pdf	PS 2822 2025 CUENTA AGOSTO.pdf	Proveedor	Descargar	Detalle
☐	4 PS 2822 2025 CRP-19879.pdf	4 PS 2822 2025 CRP-19879.pdf	Comprador	Descargar	Detalle
☐	PS 2822 2025 CUENTA SEPTIEMBRE.pdf	PS 2822 2025 CUENTA SEPTIEMBRE.pdf	Proveedor	Descargar	Detalle

Borrar Cargar nuevo