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:	**SERGIO JULIAN ROJAS MAHECHA**			**CC:**	**1054550469**
CORREO ELECTRÓNICO:	**JULIANROJAS061@GMAIL.COM**			**TELÉFONO:**	**3103260872**
DIRECCIÓN DOMICILIO:	**CL 4 A 70 A 23**			**CIUDAD:**	**BOGOTA**
BANCO AL CUAL CONSIGNAR:	**BANCO DAVIVIENDA S.A.**	**TIPO DE CUENTA:**	**AHORROS**	**N° CUENTA:**	**8400701671**
DATOS DEL CONTRATO O ADICION Y PERIODO OBJETO DE PAGO					
Nº DEL CONTRATO:	**PS 3206 2025**	**VALOR CORRESPONDIENTE AL PERIODO OBJETO DE COBRO**			**$ 3.893.400**
FECHA DE INICIO CONTRATO	**2025/01/01**	**FECHA DE TERMINACIÓN CONTRATO:**			**2025/10/31**
PERIODO OBJETO DE COBRO:	**DEL 2025/10/01 AL 2025/10/31**				

SERGIO JULIAN ROJAS MAHECHA
PS_3206_2025_B5D449

NOMBRE Y FIRMA DEL CONTRATISTA:
SERGIO JULIAN ROJAS MAHECHA
CC: 1054550469
CEL: 3103260872

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			
SERGIO JULIAN ROJAS MAHECHA			
	CON C.C N°	**1.054.550.469**	
OBJETO DEL CONTRATO:	PRESTAR SERVICIOS COMO PROFESIONAL DE APOYO 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 3206 2025**	**FECHA INICIO CONTRATO**	**2025/01/01**
VALOR INICIAL DEL CONTRATO	$ 11.680.200	**No. HORAS EJECUTADAS**	**0**
VALOR TOTAL DEL CONTRATO INCLUIDO ADICIONES:	$ 38.934.000	**VALOR DE HONORARIOS PERÍODO A CERTIFICAR:**	$ 3.893.400
PLAZO DEL CONTRATO INCLUYENDO PRORROGAS	DIEZ (10) MESES		
UNIDAD FUNCIONAL DE EJECUCIÓN DE ACTIVIDADES:	SEDE ADMINISTRATIVA DIAGONAL 34		
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	Se realiza seguimiento y control a la notificación de cartera y cuentas por cobrar a las diferentes ERP: Sanitas, Eps Suramericana, Asmet Salud, Emssanar SAS, Eps Familiar de Colombia, Caja de Compensación Familiar del Choco, Comfenalco Valle, Caja de Compensación Familiar del Oriente Colombiano Comfaoriente.
2	Se cumple el cronograma de trabajo y se identifican y se actualizan los valores correspondientes de los diferentes procesos de cobro coactivo.
3	Se realiza seguimiento y circularización de cartera de las diferentes ERP asignadas: Sanitas EPS, Eps suramericana, Emssanar SAS, Asmet Salud, Comfachoco, Comfenalco Valle, Comfaoriente, EPS Familiar de Colombia .
4	Se realiza solicitud de soportes de pago para depurar saldos de las entidades asignadas: Sanitas EPS, Eps suramericana, Emssanar SAS, Asmet Salud, Comfachoco, Comfenalco Valle, Comfaoriente, EPS Familiar de Colombia .
5	Se asiste a citas de conciliacion de cartera programadas de la entidades asignadas.
6	Se da respuesta a correspondencia de EPS en solicitud de requerimientos.
7	Se comunica al lider de area las situaciones particulares con las ERP correspondiente a reiteracion de devoluciones y negacion de pagos y citas de conciliacion de cartera.
8	Se asiste a las diferentes citas de conciliacion para depuracion de cartera de las diferentes entidades, de acuerdo a la programacion de las mismas
9	Se realiza gestión de archivo según la correspondencia recibida de cada entidad.
10	Se comunica al lider de area el proceso que se lleva a cabo con las ERP en cuanto logros y dificultades con cada un, ademas de comunicación de posibles alternaticas para mejorar el proceso de recaudo.
11	Se da el cuidado adecuado a los equipos recibidos para desarrollo de actividades
12	Se asiste a las reuniones y capacitaciones según programacion del lider de area.
13	Se realiza las demas actividades asignadas por el referente del area.
14	Se realiza seguimiento a los planes de mejora solicitados
15	Se da tramite y apoyo para respuesta a requerimientos de las diferentes entidades de control: Revisoria fiscal, propocisiones Concejo de Bogotá, Personería de Bogotá, Superintendencia Nacional de Salud, Secretaria Distrital de Salud, planes de mejoramiento desarrollo institucional.

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° 9492513604	OPERADOR:	APORTES EN LINEA

CONCEPTO DEL PAGO	ENTIDAD	FECHA DE PAGO	VALOR PAGADO
SALUD:	SANITAS	2025/10/20	$ 194.670
PENSIÓN:	PORVENIR	2025/10/20	$ 249.178
RIESGOS LABORALES:	POSITIVA	2025/10/20	$ 37.938
OTRO			
TOTAL PAGADO			$ 481.786

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	*SERGIO JULIAN ROJAS MAHECHA* *PS_3206_2025_B5D449* **SERGIO JULIAN ROJAS MAHECHA** **CC: 1054550469**
FIRMA DE QUIEN VALIDA	*GUSTAVO ADOLFO MARIN VELASQUEZ* *PS_3206_2025_B5D449* **GUSTAVO ADOLFO MARIN VELASQUEZ** **SUPERVISOR ALTERNO**
FIRMA DE QUIEN CONVALIDA EL CUMPLIMIENTO DE LAS OBLIGACIONES PARA EL PRESENTE PERIODO DE PAGO	*RONALD AGUILAR GOMEZ* *PS_3206_2025_B5D449* **RONALD AGUILAR GOMEZ** **SUPERVISOR DEL CONTRATO**