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:	**HENRY RAMIREZ VARGAS**			**CC:**	**19473379**
CORREO ELECTRÓNICO:	**HERAVA0105@GMAIL.COM**			**TELÉFONO:**	**3115320346**
DIRECCIÓN DOMICILIO:	**CL 19 SUR 69 55**			**CIUDAD:**	**BOGOTA**
BANCO AL CUAL CONSIGNAR	**BANCO SCOTIABANK COLPATR**	**TIPO DE CUENTA:**	**AHORROS**	**N° CUENTA:**	**4762014657**

DATOS DEL CONTRATO O ADICION Y PERIODO OBJETO DE PAGO						
Nº DEL CONTRATO:	**PS 1268 2025**	**N° CDP:**	**800**	**N°. RP:**	**800**	**PLAZO DEL CONTRATO INCLUIDAS PRORROGAS: SEIS (06) MESES**
FECHA DE INICIO CONTRATO	**2025/01/01**	**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	**$ 1.900.000**					

HENRY RAMIREZ VARGAS
PS_1268_2025_9C973D-2025-06-16 14:46:16

NOMBRE Y FIRMA DEL CONTRATISTA:
HENRY RAMIREZ VARGAS
CC: 19473379
CEL: 3115320346

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			
HENRY RAMIREZ VARGAS			
	CON C.C N°	**19.473.379**	
OBJETO DEL CONTRATO:	PRESTAR SERVICIOS COMO BACHILLER DE APOYO A LA GESTION 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 1268 2025**	**FECHA INICIO CONTRATO**	**2025/01/01**
VALOR INICIAL DEL CONTRATO	$ 5.388.960	**No. HORAS EJECUTADAS**	**0**
VALOR TOTAL DEL CONTRATO INCLUIDO ADICIONES:	$ 11.275.584	**VALOR DE HONORARIOS PERÍODO A CERTIFICAR:**	$ 1.900.000
PLAZO DEL CONTRATO INCLUYENDO PRORROGAS	SEIS (06) 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	1 Corregir dentro de las 48 horas siguientes a su recepción, las devoluciones que hace el analista de cuentas. Se raliza un filtro de verificacion de estado de las cuentas para dar prioridad al ingreso que se necesite. 2 Se realizan actividades provisionales de apoyo cuando el sistema no se encuentre en buen funcionamiento. 3 Se rectifica que las facturas generadas por los analistas, queden actualizadas en la drive de asignación. 4 Se soportaan todos los documentos de pagares y recibos de caja para la revision del facturador 5 Entregar las facturas generadas a diario soportadas y organizadas de acuerdo instructivos y/o procedimientos del área. Se realiza la verificacion de las objeciones para identificar las facturas ya generadas y dejar la drive de asignacion al dia. 6 Realizar las demás actividades relacionadas con el objeto contractual que asigne el supervisor del contrato. Mantener al jefe inmediato actualizado ante cualquier irregularidad que se genere con el sistema, y los drive 7 Verificar derechos del paciente frente a las seguridad social o afiliación del usuario y adjuntar a carpeta requerimientos del sistema de información los soportes de verificación de derechos.Se verifica que en el sistema tengan los documentos correctos para que el analista los corrobore y pueda generar su factura. 8 Verificar las órdenes médicas y autorización física que presenta el paciente para su atención por consulta externa, según acuerdo de voluntades y normatividad vigente. Se realiza seguimiento a los documentos solictados por los analistas se encuentren en el sistema. 9 Generar factura electrónica de venta o registro de servicios en el sistema de información DGH y soportar con la documentación que presenta el usuario según acuerdo de voluntades y normatividad vigente. Se rectifica que las facturas generadas por los analistas, queden actualizadas en la drive de asignación 10 Recepcionar, distribuir y realizar seguimiento de pre facturas enviadas al proceso de revisión de los servicios de urgencias y hospitalización. Se realiza la actividad de recepción y distribución de ingresos de hospitalizacion y urgencias de toda la subred centro oriente, se verifican ingresos en estado de objeción para su debida trasabilidad.

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° 1072606440	OPERADOR:	SIMPLE

CONCEPTO DEL PAGO	ENTIDAD	FECHA DE PAGO	VALOR PAGADO
SALUD:	SANITAS	2025/06/12	$ 178.000
PENSIÓN:	SIN DATO	2025/06/12	$ 227.760
RIESGOS LABORALES:	SEGUROS BOLIVAR	2025/06/12	$ 34.700
OTRO			
TOTAL PAGADO			$ 440.460

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	*HENRY RAMIREZ VARGAS* *PS_1268_2025_9C973D-2025-06-16 14:46:16* **HENRY RAMIREZ VARGAS** **CC: 19473379**
FIRMA DE QUIEN VALIDA	*YAMILE CANO HERRERA* *PS_1268_2025_9C973D-2025-06-17 01:34:10* **YAMILE CANO HERRERA** **SUPERVISOR ALTERNO**
FIRMA DE QUIEN CONVALIDA EL CUMPLIMIENTO DE LAS OBLIGACIONES PARA EL PRESENTE PERIODO DE PAGO	*RONALD AGUILAR GOMEZ* *PS_1268_2025_9C973D-2025-06-17 14:59:33* **RONALD AGUILAR GOMEZ** **SUPERVISOR DEL CONTRATO**

PAGOSIMPLE | REPORTE INDIVIDUAL

Fecha creación reporte 2025-06-12, 09:52:46 AM **Tipo Planilla** I **Número Planilla** 1072606440

Periodo Cotización 202505 **Periodo Servicio** 202505

Cliente:

PAGADA 2025-06-12

I. DATOS DEL APORTANTE

Razón Social	HENRY RAMIREZ VARGAS				
Documento	CC 19473379	**Dirección**	CL 19 SUR #69 - 55 BLOQUE 2 APTO 101		
Tipo de Empresa	INDEPENDIENTE	**Teléfono**	4203613		
Tipo Persona	NATURAL	**Forma Presentación**	ÚNICO	**Total Afiliados**	1
Ciudad	BOGOTA D.C.	**Departamento**	BOGOTA D.C.		
Representante Legal		**Identificación**			

II. DATOS DEL AFILIADO

Documento	CC 19473379		Residente		Exonerado	N	**Apellidos y Nombres**	**Código Ciudad - Departamento**	**Centro de Trabajo**	**Ubicación Laboral**
Tipo Cotizante	59	04					RAMIREZ VARGAS HENRY	11001000 - 11		BOGOTA D.C.

III. APORTE POR CADA UNA DE LAS ADMINISTRADORAS ASOCIADAS AL AFILIADO:

Novedades																											Extranjero	Tipo salario	Salario	Pensión							Salud							Riesgos						Caja				Parafiscales			
ING	RET	TDE	TAE	TDP	TAP	VSP	COR	VST	SLN	IGE	LMA	VAC	AVP	VCT	IRP	Días AFP	Días EPS	Días ARP	Días CCF				Código AFP	Código Tras. AFP	Tarifa AFP	IBC	Total Aporte AFP	Total Aporte FSP	Total Aporte FSPS	Código EPS	Código Tras. EPS	Tarifa EPS	IBC EPS	Aporte Salud	Aporte UPC	Código ARL	Clase Riesgo	Tarifa ARL	IBC ARL	Aporte Riesgos	Código CCF	Tarifa CCF	IBC CCF	Aporte Caja	Tarifa SENA	Aporte SENA	Tarifa ICBF	Aporte ICBF
															0	0	30	30	0			$ 1.423.500	NIN-AF		0 %	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	EPS005		12,5 %	$ 1.423.500	$ 178.000	$ 0	14-7	3	2,436 %	$ 1.423.500	$ 34.700	NIN-CC	0 %	$ 0	$ 0	0 %	$ 0	0 %	$ 0

IV.TOTALES

Total Aportes Pensión	Total Aportes FSP	Total Aportes FSPS	Total Aportes Salud	Total Aportes Riesgos	Total Aportes Cajas	Total Aportes SENA	Total Aportes ICBF	Total Aportes ESAP	Total Aportes MEN	Total Final
NINGUNA AFP	FSP SOLIDARIDAD	FSP SUBSISTENCIA	EPS SANITAS	SEGUROS BOLIVAR	NINGUNA CCF	SENA	ICBF	ESAP	MEN	
$ 0	$ 0	$ 0	$ 178.000	$ 34.700	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 212.700

Líneas de Servicio FonoSIMPLE: Bogotá 601 4446634 - Cali: 602 5540577 - Medellín: 604 5146669 - Bucaramanga: 607 6438000 - Cartagena: 605 6945444 - Pereira: 606 3402582 - Barranquilla: 605 3618850 - Resto del País: 018000 971 971 - ¡Más que Fácil, SIMPLE!

¡El Poder de lo SIMPLE!

SUB 200748
25 JUN 2024

novedad P

Que a partir de lo anteriormente enunciado se procedió a realizar la liquidación de la prestación reconocida, la cual se resume de la siguiente manera:

IBL: 2,763,909 x 67.44 = $1,863,980

SON: UN MILLON OCHOCIENTOS SESENTA Y TRES MIL NOVECIENTOS OCHENTA PESOS M/CTE.

Para el análisis de la pensión reconocida, se tomó en cuenta que el peticionario cumple los requisitos para los siguientes tipos de pensión, siendo aplicada por favorabilidad el indicado en la columna "Aceptada Sistema":

Nombre	Fecha Status	Fecha Efectividad	VALOR IBL 1	VALOR IBL 2	Mejor IBL	% IBL	Valor Pensión Mensual	Aceptada
1050 semanas progresivas, 55 o 60 a?os de edad Ley 797 del 2003- Legal	1 de mayo de 2024	1 de junio de 2024	2,173,238.00	2,763,909.00	2	67.44	1,863,980.00	SI

Esta pensión estará a cargo de:

ENTIDAD	DÍAS
ADMINISTRADORA COLOMBIANA DE PENSIONES - COLPENSIONES	10052

El disfrute de la presente pensión será a partir de 1 de junio de 2024

Son disposiciones aplicables: Ley 100 de 1993, Ley 797 de 2003 y C.P.A.C.A.

En mérito de lo expuesto,

R E S U E L V E

ARTÍCULO PRIMERO: Reconocer el pago de una pensión de VEJEZ a favor del señor RAMIREZ VARGAS HENRY, ya identificado, en los siguientes términos y cuantías:

Valor mesada a 1 de junio de 2024 = $1,863,980

LIQUIDACION RETROACTIVO	
CONCEPTO	VALOR
Mesadas	1,863,980.00
Descuentos en Salud	186,400.00
Valor a Pagar	1,677,580.00

ARTÍCULO SEGUNDO: La presente prestación junto con el retroactivo si hay lugar a ello, será ingresada en la nómina del periodo 202407 que se paga el último día hábil del mismo mes en la central de pagos del banco BBVA COLOMBIA de BOGOTA DC CL 47B SUR 24A 15 CCTUNAL TUNAL.

SUB 200748
25 JUN 2024

ARTÍCULO TERCERO: A partir de la inclusión en nómina de la presente prestación, se harán los respectivos descuentos en salud conforme a la ley 100 de 1993 en SANITAS.

ARTÍCULO CUARTO: Esta pensión estará a cargo de:

ENTIDAD	DÍAS
COLPENSIONES	10052

ARTÍCULO QUINTO: Notifíquese al Señor **RAMIREZ VARGAS HENRY** haciéndole saber que contra el presente acto administrativo puede interponer por escrito los recursos de Reposición y/o Apelación. De estos recursos podrá hacerse uso dentro de los diez (10) días siguientes a la notificación, manifestando por escrito las razones de inconformidad, según el C.P.A.C.A.

Dada en Bogotá, D.C. a:

COMUNIQUESE, NOTIFÍQUESE Y CÚMPLASE



JOHNNY EDILBERTO ERASSO PANTOJA
SUBDIRECTOR DE DETERMINACION VI (A)
COLPENSIONES

JAVIER GIOVANNY VELASCO VELASQUEZ

CAMILA ESTEFANIA HERNANDEZ MONCAYO
ANALISTA COLPENSIONES

COL-VEJ-03-501,3