



**SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E**  
**APOYO - GESTION DE CONTRATACION**  
**FORMATO CUENTA DE COBRO CONTRATO DE PRESTACION DE SERVICIOS**  
**Y DE APOYO A LA GESTION**

**CÓDIGO:** AP-IA-FT-014  
**VERSIÓN:** 7  
**FECHA:** 2025-06-09

**DATOS DEL CONTRATISTA**

**FECHA DE DILIGENCIAMIENTO: (31-10-2025)**

<b>NOMBRES Y APELLIDOS:</b>	<b>CRISTHIAN MAURICIO RAMIREZ MESA</b>	<b>CC:</b>	<b>11205180</b>		
<b>CORREO ELECTRÓNICO:</b>	<b>CRISTHIANMAURICIO2010@HOTMAIL.COM</b>	<b>TELÉFONO:</b>	<b>3005146349</b>		
<b>DIRECCIÓN DOMICILIO:</b>	<b>CL 77B 129 11</b>	<b>CIUDAD:</b>	<b>BOGOTA</b>		
<b>BANCO AL CUAL CONSIGNAR:</b>	<b>BANCOLOMBIA</b>	<b>TIPO DE CUENTA:</b>	<b>AHORROS</b>	<b>Nº CUENTA:</b>	<b>19200003617</b>

**DATOS DEL CONTRATO O ADICION Y PERIODO OBJETO DE PAGO**

<b>Nº DEL CONTRATO:</b>	<b>PS 7325 2025</b>	<b>VALOR CORRESPONDIENTE AL PERIODO OBJETO DE COBRO</b>	<b>\$ 1.750.000</b>
<b>FECHA DE INICIO CONTRATO</b>	<b>2025/10/02</b>	<b>FECHA DE TERMINACIÓN CONTRATO:</b>	<b>2025/10/31</b>
<b>PERIODO OBJETO DE COBRO:</b>	<b>DEL 2025/10/07 AL 2025/10/31</b>		



*CRISTHIAN MAURICIO RAMIREZ MESA*  
*PS\_7325\_2025\_F6EDB4*

**NOMBRE Y FIRMA DEL CONTRATISTA:**

**CRISTHIAN MAURICIO RAMIREZ MESA**

**CC: 11205180**

**CEL: 3005146349**



**SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E**  
**APOYO - GESTION DE CONTRATACION**  
**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**

**CRISTHIAN MAURICIO RAMIREZ MESA**

**CON C.C N°**

**11.205.180**

**OBJETO DEL CONTRATO:** PRESTAR SERVICIOS 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.

<b>CONTRATO DE PRESTACION DE SERVICIOS PROFESIONALES No.</b>	<b>PS 7325 2025</b>	<b>FECHA INICIO CONTRATO</b>	<b>2025/10/02</b>
--	---------------------	------------------------------	-------------------

<b>VALOR INICIAL DEL CONTRATO</b>	\$ 2.100.000	<b>No. HORAS EJECUTADAS</b>	<b>0</b>
-----------------------------------	--------------	-----------------------------	----------

<b>VALOR TOTAL DEL CONTRATO INCLUIDO ADICIONES:</b>	\$ 2.100.000	<b>VALOR DE HONORARIOS PERÍODO A CERTIFICAR:</b>	\$ 1.750.000
---	--------------	--	--------------

**PLAZO DEL CONTRATO INCLUYENDO PRORROGAS** UN (1) MES

**UNIDAD FUNCIONAL DE EJECUCIÓN DE ACTIVIDADES:** CENTRO DE SALUD DIANA TURBAY

**NOMBRE DEL SUPERVISOR:** RONALD AGUILAR GOMEZ

**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	ADMITIR EN EL SISTEMA DE INFORMACIÓN LOS PACIENTES QUE INGRESAN POR EL SERVICIO DE URGENCIAS Y VENTANILLAS DE HOSPITALIZACIÓN (EN UNIDADES DONDE NO HAY ADMISIONISTA).
2	RECEPCIONAR, REGISTRAR Y CONFIRMAR LAS ORDENES DE SERVICIO DE LA CONSULTA O LA OBSERVACIÓN DE URGENCIAS.
3	REVISAR EL ESTADO DE CUENTA DEL PACIENTE CONTRA HISTORIA CLÍNICA, Y REVISAR QUE SE ENCUENTRE TODAS LAS ACTIVIDADES Y PROCEDIMIENTOS REALIZADOS EN ESTADO REGISTRADO Y CONFIRMADO EN EL SISTEMA DE INFORMACIÓN, GARANTIZANDO COBRO DENTRO DE LA FACTURA ELECTRÓNICA DE VENTA O REGISTRO DE SERVICIOS
4	ELABORAR FACTURA DE LOS PACIENTES DE URGENCIAS Y OBSERVACIÓN Y RECIBO DE CAJA OPORTUNAMENTE DE ACUERDO A LA ATENCIÓN PRESTADA AL PACIENTE, ACUERDO DE VOLUNTADES Y NORMATIVIDAD VIGENTE
5	ENTREGAR LAS FACTURAS GENERADAS A DIARIO SOPORTADAS Y ORGANIZADAS DE ACUERDO A LOS PROCESOS Y PROCEDIMIENTOS DEL ÁREA.19. CORREGIR DENTRO DE LAS 48 HORAS SIGUIENTES A SU RECEPCIÓN, LAS DEVOLUCIONES QUE HACE EL ANALISTA DE CUENTAS
6	REALIZAR CIERRE DE CAJA, ARQUEO Y ENTREGA DE SOPORTES RESPECTIVOS, SEGÚN INSTRUCTIVO DEL ÁREA DE TESORERÍA.
7	BRINDAR EL APOYO NECESARIO Y REALIZAR PLANES DE CONTINGENCIA EN EL MOMENTO EN QUE NO SE CUENTE CON EL SISTEMA DE INFORMACIÓN Y/O BASES DE DATOS AFINES.
8	REALIZAR LAS DEMÁS ACTIVIDADES RELACIONADAS CON EL OBJETO CONTRACTUAL QUE ASIGNE EL SUPERVISOR DEL CONTRATO
9	PARTICIPAR EN TODAS LAS REUNIONES Y CAPACITACIONES PROGRAMADAS POR LA SUBRED.
10	REALIZAR LAS DEMÁS ACTIVIDADES RELACIONADAS CON EL OBJETO CONTRACTUAL QUE ASIGNE EL SUPERVISOR DEL CONTRATO.
11	EGRESAR OPORTUNAMENTE LOS PACIENTES DEL SISTEMA DE INFORMACIÓN, UNA VEZ SE NOTIFIQUE ORDEN DE SALIDA POR EL ÁREA ASISTENCIAL
12	GENERAR ORDEN DE SALIDA EN SISTEMA DE INFORMACIÓN, FIRMAR Y ENTREGAR COPIA AL USUARIO Y POSTERIORMENTE SUBIR A CARPETA DE REQUERIMIENTOS.
13	VERIFICAR Y ADJUNTAR LOS SOPORTES DE TECNOLOGÍAS NO INCLUIDAS EN EL PLAN DE BENEFICIOS REPORTADAS AL ENTE RESPECTIVO (MIPRES).9. VERIFICAR Y ADJUNTAR EL SOPORTE ENTREGADO POR EL ÁREA DE AUTORIZACIONES DE TRAMITE SEGÚN ACUERDO DE VOLUNTADES Y NORMATIVIDAD VIGENTE

**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 (2025-10-07) AL (2025-10-31)

**IV. INFORMACIÓN DE APORTES A SEGURIDAD SOCIAL**

No. DE PLANILLA:	Nº	OPERADOR:	
CONCEPTO DEL PAGO	ENTIDAD	FECHA DE PAGO	VALOR PAGADO
SALUD:	SANITAS		\$ 0
PENSIÓN:	COLPENSIONES		\$ 0
RIESGOS LABORALES:	SURA		\$ 0
OTRO			
<b>TOTAL PAGADO</b>			<b>\$ 0</b>

**V. DECLARACIONES DEL CONTRATISTA**

- 1.- Que desarrollé las actividades descritas en el informe anexo, dentro del periodo 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 periodo correspondiente

<b>NOMBRE Y FIRMA DEL CONTRATISTA</b>	 <p><i>CRISTHIAN MAURICIO RAMIREZ MESA</i> PS_7325_2025_F6EDB4</p> <p><b>CRISTHIAN MAURICIO RAMIREZ MESA</b> <b>CC: 11205180</b></p>
<b>FIRMA DE QUIEN VALIDA</b>	 <p><i>YAMILE CANO HERRERA</i> PS_7325_2025_F6EDB4</p> <p><b>YAMILE CANO HERRERA</b> <b>SUPERVISOR ALTERNO</b></p>
<b>FIRMA DE QUIEN CONVALIDA EL CUMPLIMIENTO DE LAS OBLIGACIONES PARA EL PRESENTE PERIODO DE PAGO</b>	 <p><i>RONALD AGUILAR GOMEZ</i> PS_7325_2025_F6EDB4</p> <p><b>RONALD AGUILAR GOMEZ</b> <b>SUPERVISOR DEL CONTRATO</b></p>

Medellin, 20 de octubre de 2025

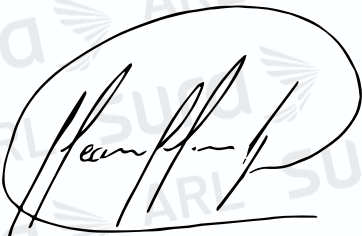
LA DIRECCIÓN DE AFILIACIONES Y RECAUDOS HACE CONSTAR:

Que CRISTHIAN MAURICIO RAMIREZ MESA con documento de identidad C11205180, se encuentra afiliado(a) a la Administradora de Riesgos Laborales SEGUROS DE VIDA SURAMERICANA S.A. como trabajador(a) de SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIE con NIT N900959051.

A continuación, se relacionan las fechas de afiliación:

Información general de la afiliación

Fecha inicio	Fecha fin	Tipo cotizante	Centro de trabajo	Código C.T	Clase de riesgo	Tasa cotización	Estado cobertura
2025-10-05	3000-12-31	INDEPENDIENTE CON CONTRATO DE PRESTACION DE SERVICIOS SUPERIOR A UN MES	PRINCIPAL BOGOTA DC	0000000 001	3	2.436	EN COBERTUR A



· Medellín **604 4444578**  
· Bogotá **6014055911**  
· Cali **602 3808938**  
· Pereira **606 3138400**

· Manizales **606 8811280**  
· Bucaramanga **6076917938**  
· Cartagena **605 6424938**  
· Barranquilla **605 3197938**

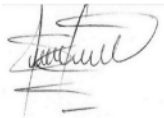
Líneas de atención **01 8000 511 414 ó 01 8000 941 414**  
Línea de conciliación ARL **3103157562**  
[segurossura.com.co](http://segurossura.com.co) [arlsura.com](http://arlsura.com)

LA ADMINISTRADORA COLOMBIANA DE PENSIONES - COLPENSIONES

CERTIFICA QUE

Verificada la base de datos de afiliados, el/la señor/a **CRISTHIAN MAURICIO RAMIREZ MESA** identificado/a con documento de identidad **Cédula de Ciudadanía** número **11205180**, se encuentra afiliado/a desde **01/09/2018** al Régimen de Prima Media con Prestación Definida (RPM) administrado por la Administradora Colombiana de Pensiones **COLPENSIONES**.

La presente certificación se expide en Bogotá, el día 20 de octubre de 2025.



**Rosa Mercedes Nino Amaya**  
**Dirección de Afiliaciones**

**Nota:** Certificado generado desde la página Web. Este documento no es válido para el reconocimiento de prestaciones económicas, está sujeto a verificación y no tiene costo alguno.

## CERTIFICADO DE AFILIACIÓN AL POS DE EPS SANITAS

La **EPS SANITAS** en desarrollo de su programa especial para la garantía y prestación del Plan Obligatorio de Salud denominado EPS **SANITAS**,

### CERTIFICA

Que Cristhian Mauricio Ramirez Mesa, identificado(a) con CC número 11205180, está registrado(a) en el POS DE EPS SANITAS con la siguiente información:

TIPO Y NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN	CC 11205180
NOMBRES Y APELLIDOS	Cristhian Mauricio Ramirez Mesa
TIPO DE AFILIADO	Titular
PARENTESCO	Titular
FECHA DE NACIMIENTO	28/03/1984
ESTADO DE LA AFILIACIÓN	0 Tiene Derecho A Cobertura Integral
CAUSA ESTADO DE AFILIACIÓN	10 - Cobertura Integral
FECHA DE INGRESO A EPS SANITAS	14/09/2018
FECHA DE RETIRO LABORAL / EPS SANITAS	Activo(a)
SEMANAS COTIZADAS EN EPS SANITAS	7 semanas
SEMANAS COTIZADAS EN OTRA EPS	Sin semanas reportadas en EPS SANITAS
SEMANAS COTIZADAS EN ÚLTIMO AÑO	Sin semanas reportadas en EPS SANITAS
RÉGIMEN	Contributivo
FECHA DE AFILIACIÓN AL RÉGIMEN	01/11/2024
NIVEL SISBEN	1
EMPLEADOR(ES)*	

N.I.T. 830507718 CLINICA MEDICAL SAS Desde 02/07/2025 -  
Vigente CEDULA DE CIUDADANIA 11205180 CRISTHIAN  
MAURICIO RAMIREZ MESA Desde 26/11/2024 Hasta  
30/06/2025 CEDULA DE CIUDADANIA 11205180 CRISTHIAN  
MAURICIO RAMIREZ MESA Desde 18/07/2024 Hasta  
31/10/2024