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: (30-11-2025)					
NOMBRES Y APELLIDOS:	**DUFREIDY GUTIERREZ ACOSTA**			**CC:**	**1024576491**
CORREO ELECTRÓNICO:	**xdufreidyx@gmail.com**			**TELÉFONO:**	**3203583679**
DIRECCIÓN DOMICILIO:	**DG 68 38A 10 SUR**			**CIUDAD:**	**BOGOTA**
BANCO AL CUAL CONSIGNAR:	**NU**	**TIPO DE CUENTA:**	**AHORROS**	**N° CUENTA:**	**60234033**
DATOS DEL CONTRATO O ADICION Y PERIODO OBJETO DE PAGO					
Nº DEL CONTRATO:	**PS 7465 2025**	**VALOR CORRESPONDIENTE AL PERIODO OBJETO DE COBRO**			**$ 2.980.800**
FECHA DE INICIO CONTRATO	**2025/10/09**	**FECHA DE TERMINACIÓN CONTRATO:**			**2025/11/30**
PERIODO OBJETO DE COBRO:	**DEL 2025/11/01 AL 2025/11/30**				

DUFREIDY GUTIERREZ ACOSTA
PS_7465_2025_69DA0A

NOMBRE Y FIRMA DEL CONTRATISTA:
DUFREIDY GUTIERREZ ACOSTA
CC: 1024576491
CEL: 3203583679

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			
DUFREIDY GUTIERREZ ACOSTA			
	CON C.C N°	**1.024.576.491**	
OBJETO DEL CONTRATO:	PRESTAR SERVICIOS DE APOYO A LA GESTION COMO TECNICO EN SISTEMAS PARA DESARROLLAR ACTIVIDADES EN LA DIRECCION DE GESTION INTEGRAL DEL RIESGO EN SALUD DE LA SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E. PARA EL DESARROLLO DEL CONVENIO MAS BIENESTAR		
CONTRATO DE PRESTACION DE SERVICIOS PROFESIONALES No.	**PS 7465 2025**	**FECHA INICIO CONTRATO**	**2025/10/09**
VALOR INICIAL DEL CONTRATO	$ 2.285.280	**No. HORAS EJECUTADAS**	**0**
VALOR TOTAL DEL CONTRATO INCLUIDO ADICIONES:	$ 5.266.080	**VALOR DE HONORARIOS PERÍODO A CERTIFICAR:**	$ 2.980.800
PLAZO DEL CONTRATO INCLUYENDO PRORROGAS	DOS (2) MESES		
UNIDAD FUNCIONAL DE EJECUCIÓN DE ACTIVIDADES:	CENTRO DE SALUD PRIMERO DE MAYO		
NOMBRE DEL SUPERVISOR:	ANA MARGARET RABA SIERRA		

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. Prestar sus servicios con calidad y oportunidad, para el desarrollo de las actividades del convenio Mas bienestar equipos básicos extramurales, suscrito entre el FDS y la Subred
2	. 2. Presentar mensualmente el cronograma de actividades a desarrollar, adicionalmente con la finalizaciOn del mes se debe entregar un informe de las actividades desarrolladas para la ejecuciOn de sus actividades.
3	3. Apoyar la prestaciOn de servicios en el del convenio Mas bienestar equipos básicos extramurales, presentando la informaciOn y/o soportes que se solicite conforme a los anexos y lineamientos tEcnicos del convenio vigente y suscrito entre el FDS y la Subred
4	4. Apoyar las actividades inherentes al objeto del contrato para el mejoramiento continuo de calidad y aquellas definidas dentro de los planes de mejoramiento de los diferentes estándares de habilitaciOn y acreditaciOn de servicios de salud.
5	. 5. Realizar apropiaciOn conceptual desde su perfil con los anexos y lineamientos tEcnicos del convenio Mas bienestar equipos básicos extramurales suscrito entre el FDS y la Subred
6	. 6. Supervisar los procesos de asistencia tEcnica desde los diferentes procesos de los Equipos Básicos Extramurales (hogar) conforme a su saber disciplinar y profesional, en funciOn de los requerimientos procesos dispuestos por la secretaria Distrital de Bogotá
7	. 7. Realizar la revisiOn, alistamiento y entrega con calidad de cada uno de los formatos, documentos, bases o informes generados como resultado de las acciones o intervenciones realizadas en cumplimiento a los anexos y lineamientos tEcnicos del convenio Mas bienestar equipos básicos extramurales vigente y suscrito entre el FDS y la Subred
8	8. Participar y gestionar los acercamientos comunitarios e institucionales que se requieran, para el desarrollo de las acciones de cada Proceso
9	. 9. Activar y notificar los eventos de interEs en salud pública detectados en cada una de sus intervenciones
10	. 10. Participar en las asistencias tEcnicas convocadas por SDS de acuerdo con los procesos asignados y conforme a las actividades, metas y productos establecidos en los anexos y lineamientos tEcnicos del convenio Mas bienestar equipos básicos extramurales suscrito entre el FDS y la Subred.
11	. 11. Organizar el archivo de la documentaciOn generada de acuerdo con la normatividad y tabla de retenciOn documental.
12	12. Realizar las demás obligaciones que se relacionen con el objeto del contrato y que sean requeridas por la supervisiOn
13	13. Realizar seguimiento y actualizaciOn periOdica de los aplicativos, bases y drive dispuestos por la SDS para el seguimiento a las actividades
14	. 14. Recibir y verificar las bases remitidas por parte de SDS para la distribuciOn a los equipos
15	15. Realizar descargas de las bases de datos del aplicativo GTAPS según solicitud del equipo, para el correcto seguimiento de las actividades operativas en el CONVENIO MAS BIENESTAR. Contenidas en el formato de necesidad de personal que hace parte integral del presente contrato.

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 (2025-11-01) AL (2025-11-30)

IV. INFORMACIÓN DE APORTES A SEGURIDAD SOCIAL

No. DE PLANILLA:	N° 9494200031	OPERADOR:	APORTES EN LINEA

CONCEPTO DEL PAGO	ENTIDAD	FECHA DE PAGO	VALOR PAGADO
SALUD:	SANITAS	2025/11/13	$ 178.000
PENSIÓN:	PORVENIR	2025/11/13	$ 227.800
RIESGOS LABORALES:	SEGUROS BOLIVAR	2025/11/13	$ 34.700
OTRO			
TOTAL PAGADO			$ 440.500

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	*DUFREIDY GUTIERREZ ACOSTA* *PS_7465_2025_69DA0A* **DUFREIDY GUTIERREZ ACOSTA** **CC: 1024576491**
FIRMA DE QUIEN VALIDA	*SANDRA YANNETH CONTRERAS PEÑALOSA* *PS_7465_2025_69DA0A* **SANDRA YANNETH CONTRERAS PEÑALOSA** **SUPERVISOR ALTERNO**
FIRMA DE QUIEN CONVALIDA EL CUMPLIMIENTO DE LAS OBLIGACIONES PARA EL PRESENTE PERIODO DE PAGO	*ANA MARGARET RABA SIERRA* *PS_7465_2025_69DA0A* **ANA MARGARET RABA SIERRA** **SUPERVISOR DEL CONTRATO**

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 1024576491		GUTIERREZ ACOSTA DUFREIDY	INDEPENDIENTE	PRINCIPAL	DIAG 68 10A SUR	BOGOTA-BOGOTA D.E.	3203583679	No

DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION

Periodo		Clave		Tipo	Fecha		Pago		
Pensión	Salud	Pago	Planilla	Planilla	Limite	Pago	Banco	Dias Mora	Valor
2025-10	2025-10	1000001155	9494200031	I	2025/11/25	2025/11/13	BANCO DE BOGOTA	0	$440,500

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 1024576491	GUTIERREZ DUFREIDY	230301	30	$1,423,500	$227,800	EPS005	30	$1,423,500	$178,000		0	$0	$0	14-7	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

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 1024576491		GUTIERREZ ACOSTA DUFREIDY	INDEPENDIENTE	PRINCIPAL	DIAG 68 10A SUR	BOGOTA-BOGOTA D.E.	3203583679	No

DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION

Periodo		Clave		Tipo	Fecha		Pago		
Pensión	Salud	Pago	Planilla	Planilla	Limite	Pago	Banco	Dias Mora	Valor
2025-10	2025-10	1000001155	9494200031	I	2025/11/25	2025/11/13	BANCO DE BOGOTA	0	$440,500

RESUMEN DE PAGO

RIESGO	CODIGO	NIT	DV	AFILIADOS	VALOR LIQUIDADO	INTERESES MORA	SALDOS E INCAPACIDADES	VALOR A PAGAR
AFP (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$227,800	$0	$0	$227,800
PORVENIR	230301	800,224,808	8	1	$227,800	$0	$0	$227,800
ARL (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$34,700	$0	$0	$34,700
SEGUROS BOLIVAR	14-7	860,002,503	2	1	$34,700	$0	$0	$34,700
EPS (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$178,000	$0	$0	$178,000
SANITAS	EPS005	800,251,440	6	1	$178,000	$0	$0	$178,000
TOTAL				1	$440,500	$0	$0	$440,500

Comprobante de Pago

12 NOV 2025, 20:22

Total $440.500,00

Detalles

Código de comprobante
15217ff9-a989-4f9b-a43e-24a5fc174f6f

Empresa
PLANILLA AS APORTES EN LINEA

Número de referencia
9494200031

Identificador de pago
691532dc-2e33-47fc-8de7-212012318627

Pagado por
Dufreidy Gutiérrez Acosta

Método de pago
Cuenta Nu

Tipo de transacción
Pago de servicio

Impuesto del 4x1.000
$ 1.762,00

Nu. Colombia C.F

Código de operación:
6f13c540-4a5b-4773-a332-f7cbd14e1b0a

Más información →

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 l

VER CONTRATO

Ejecución del Contrato

Plan de Pagos

¿Se requieren emisiones de códigos de autorización? Si 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

Documentos de ejecución del contrato

	Descripción	Nombre del archivo	Cargado por	
	PS_7465_2025_OCTUBRE_PLANILLAS.pdf (Archivado)	PS_7465_2025_OCTUBRE_PLANILLAS.pdf	Proveedor	D
	PS_ 7465 2025_OCTUBRE_PLANILLAS.pdf (Archivado)	PS_ 7465 2025_OCTUBRE_PLANILLAS.pdf	Proveedor	D
☐	PS_7465_2025_CUENTA_DE_COBRO_OCTUBRE_2025.pdf	PS_7465_2025_CUENTA_DE_COBRO_OCTUBRE_2025.pdf	Proveedor	D

Bor

Cancelar

< Evaluación de l