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:	**JIMMY CESAR ARLEY HUERTAS GRANOBLES**			**CC:**	**79317528**
CORREO ELECTRÓNICO:	**LOREANG1@GMAIL.COM**			**TELÉFONO:**	**3103311929**
DIRECCIÓN DOMICILIO:	**KR 46 187 36**			**CIUDAD:**	**BOGOTA**
BANCO AL CUAL CONSIGNAR:	**BANCO DAVIVIENDA S.A.**	**TIPO DE CUENTA:**	**AHORROS**	**N° CUENTA:**	**455270037910**
DATOS DEL CONTRATO O ADICION Y PERIODO OBJETO DE PAGO					
Nº DEL CONTRATO:	**PS 7888 2025**	**VALOR CORRESPONDIENTE AL PERIODO OBJETO DE COBRO**			**$ 5.773.416**
FECHA DE INICIO CONTRATO	**2025/11/01**	**FECHA DE TERMINACIÓN CONTRATO:**			**2025/11/30**
PERIODO OBJETO DE COBRO:	**DEL 2025/11/02 AL 2025/11/30**				

JIMMY CESAR ARLEY HUERTAS GRANOBLES
PS_7888_2025_2D4F0D

NOMBRE Y FIRMA DEL CONTRATISTA:
JIMMY CESAR ARLEY HUERTAS GRANOBLES
CC: 79317528
CEL: 3103311929

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			
JIMMY CESAR ARLEY HUERTAS GRANOBLES			
	CON C.C N°	**79.317.528**	
OBJETO DEL CONTRATO:	PRESTAR SERVICIOS PROFESIONALES COMO MEDICO GENERAL PARA DESARROLLAR ACTIVIDADES EN LA DIRECCION DE SERVICIOS DE URGENCIAS DE LA SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E. PARA EL DESARROLLO DEL CONVENIO APH		
CONTRATO DE PRESTACION DE SERVICIOS PROFESIONALES No.	**PS 7888 2025**	**FECHA INICIO CONTRATO**	**2025/11/01**
VALOR INICIAL DEL CONTRATO	$ 7.064.838	**No. HORAS EJECUTADAS**	**152**
VALOR TOTAL DEL CONTRATO INCLUIDO ADICIONES:	$ 7.064.838	**VALOR DE HONORARIOS PERÍODO A CERTIFICAR:**	$ **5.773.416**
PLAZO DEL CONTRATO INCLUYENDO PRORROGAS	UN (01) MES		
UNIDAD FUNCIONAL DE EJECUCIÓN DE ACTIVIDADES:	HOSPITAL SAN BLAS		
NOMBRE DEL SUPERVISOR:	DANIEL ALEXANDER HUERTAS ROJAS		

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	DESARROLLE LAS ACTIVIDADES PROGRAMADAS, SEGÚN CRONOGRAMAS ESTABLECIDOS POR LA UNIDAD FUNCIONAL DE APH CENTRO ORIENTE E.S.E. PARTICIPANDO EN LA ENTREGA Y RECEPCIÓN DE LA MÓVIL DE ACUERDO CON LA AGENDA DE ACTIVIDADES CONCERTADAS, REGISTRANDO LAS NOVEDADES CORRESPONDIENTES EN EL MARCO DE UNA RELACIÓN DE COORDINACIÓN INHERENTE AL EJERCICIO DE UNA PROFESIÓN LIBERAL E INDEPENDIENTE (13 REGISTROS EN PREOPERACIONAL REGISTRADOS EN PLATAFORMA NETUX)
2	REALICE LAS ACCIONES MÉDICAS QUE REQUIRIERON LOS PACIENTES A LOS CUALES PRESTÉ SERVICIOS ASISTENCIALES, DANDO RESPUESTA A LOS DESPACHOS DEL CENTRO REGLADOR DE URGENCIAS Y EMERGENCIAS CRUE, VELANDO POR LA OPORTUNIDAD, PERTINENCIA, CONTINUIDAD, SEGURIDAD, RACIONALIZACIÓN Y RESOLUCIÓN EN LA ATENCIÓN MÉDICA PREHOSPITALARIA, GARANTIZANDO EL ADECUADO DILIGENCIAMIENTO Y ENTREGA DE LA HISTORIA CLÍNICA DEL PROGRAMA DE ATENCIÓN PREHOSPITALARIA Y DEMÁS DOCUMENTOS RELACIONADOS, REGISTRANDO TODOS LOS DESPLAZAMIENTOS REALIZADOS EN LA AMBULANCIA FALLIDOS 5-20, VALORACIONES Y TRASLADOS, DESISTIMIENTO, EVENTOS Y DEMÁS FORMATOS POR MEDIO DEL APLICATIVO DESIGNADO PARA TAL FIN. (21 REGISTROS DE ATENCIONES Y 13 REGISTROS DE ATENCIONES FALLIDOS REGISTRADOS EN PLATAFORMA NETUX)
3	ASISTÍ A LAS REUNIONES Y CAPACITACIONES PROGRAMADAS POR EL REFERENTE Y/O LA INSTITUCIÓN CUANDO FUERON REQUERIDAS, IGUALMENTE RESPONDÍ Y ASISTÍ A LAS CITACIONES DERIVADAS DE LOS REQUERIMIENTOS DEL SDQS, NOVEDADES ADMINISTRATIVAS Y ASISTENCIALES GENERADAS POR EL CENTRO REGULADOR DE URGENCIAS Y EMERGENCIAS EN SALUD CRUE.
4	TOMÉ LAS ACCIONES PERTINENTES PARA GARANTIZAR QUE LAS REVISIONES DE LA AMBULANCIA CUMPLIERAN CON LOS ESTÁNDARES DE HABILITACIÓN Y DEMÁS PARÁMETROS NORMATIVOS DE TAL MANERA QUE SE ENCUENTREN PERMANENTEMENTE DISPONIBLES Y LOS ELEMENTOS QUE LA COMPONEN EN CORRECTO FUNCIONAMIENTO (EQUIPOS BIOMÉDICOS, INSUMOS, DISPOSITIVOS). (13 REGISTROS EN PREOPERACIONAL REGISTRADOS EN PLATAFORMA NETUX)
5	GARANTICE EL CORRECTO USO, CONSERVACIÓN Y CUSTODIA DE LOS MEDICAMENTOS, REALIZANDO LA DIARIA GESTIÓN PARA EL ABASTECIMIENTO DE LA MÓVIL, ASÍ COMO LA ROTACIÓN DE LOS MISMOS, CUANDO SE ENCUENTREN PRÓXIMOS A VENCER, DILIGENCIANDO LA RESPECTIVA SOLICITUD POR MEDIO DE LOS FORMATOS EXISTENTES PARA CADA CASO Y LA DEVOLUCIÓN DE MEDICAMENTOS EN FARMACIA, CADA VEZ QUE LA MÓVIL QUEDÓ NO OPERATIVA O SE TERMINO EL TURNO EN FORMA ANTICIPADA.
6	PROPENDÍ POR LA OPERATIVIDAD DE LA MÓVIL Y BUEN DESEMPEÑO DEL PERSONAL DURANTE LAS ACTIVIDADES PROGRAMADAS EN LA AGENDA.
7	REALICE LAS DEMÁS ACTIVIDADES ASIGNADAS POR EL SUPERVISOR Y QUE FUERON INHERENTES CON EL OBJETO DEL CONTRATO Y EN EL MARCO DEL CONVENIO APH VIGENTE DENTRO DE LA AUTONOMÍA E INDEPENDENCIA PARA EL DESARROLLO DEL CONTRATO, CONTENIDAS EN EL FORMATO DE NECESIDAD DE PERSONAL QUE HACE PARTE INTEGRAL DEL PRESENTE CONTRATO DEL CONVENIO APH.

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 (2025-11-02) AL (2025-11-30)

IV. INFORMACIÓN DE APORTES A SEGURIDAD SOCIAL

No. DE PLANILLA:	N° 1077277962	OPERADOR:	SIMPLE

CONCEPTO DEL PAGO	ENTIDAD	FECHA DE PAGO	VALOR PAGADO
SALUD:	COMPENSAR	2025/11/14	$ 424.800
PENSIÓN:	PORVENIR	2025/11/14	$ 543.800
RIESGOS LABORALES:	SURA	2025/11/14	$ 0
OTRO			
TOTAL PAGADO			$ 968.600

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	*JIMMY CESAR ARLEY HUERTAS GRANOBLES* *PS_7888_2025_2D4F0D* **JIMMY CESAR ARLEY HUERTAS GRANOBLES** **CC: 79317528**
FIRMA DE QUIEN CONVALIDA EL CUMPLIMIENTO DE LAS OBLIGACIONES PARA EL PRESENTE PERIODO DE PAGO	*DANIEL ALEXANDER HUERTAS ROJAS* *PS_7888_2025_2D4F0D* **DANIEL ALEXANDER HUERTAS ROJAS** **SUPERVISOR DEL CONTRATO**

PAGOSIMPLE | AUTOLIQUIDACION CONSOLIDADA

Fecha creación reporte: 2025-11-14, 01:28:46 PM **Tipo Planilla:** I: PLANILLA INDEPENDIENTES **Numéro Planilla:** 1077277962

Periodo Cotización: octubre de 2025 **Periodo Servicio:** octubre de 2025

PAGADO 14/11/2025

I. DATOS DEL APORTANTE

Razón Social	JIMMY CESAR HUERTAS GRANOBLES		
Documento	CC79317528	**Dirección**	CR 46 #187 - 39 MIRANDELA 12
Tipo de Empresa	INDEPENDIENTE	**Teléfono**	6705202
Tipo Persona	NATURAL	**Forma Presentación**	ÚNICO
Ciudad	BOGOTA D.C.	**Departamento**	BOGOTA D.C.
Representante Legal		**Identificación**	
Total Afiliados	1	**ARP**	NINGUNA ARP

II. DETALLE DEL APORTANTE

Datos del Afiliado				Novedades																					Pensiones			Salud			Riesgos			Cajas			Parafiscales					Total
Identificación	Apellidos y Nombres	Tipo Cotizante	Subtipo Cotizante	ING	RET	RET P	TDE	TAE	TDP	TAP	VSP	COR	VST	SLN	IGE	LMA	VAC	AVP	VCT	IRP	Días APP	Días EPS	Días ARP	Días CCF	Administradora	IBC Pensión	Aporte Pensión	Administradora	IBC Salud	Aporte Salud	Tarifa	IBC Riesgos	Aporte Riesgos	Administradora	IBC Caja	Aporte Caja	Aporte SENA	Aporte ICBF	ESAP	Aporte Ministerio	Total
CC 79317528	JIMMY CESAR ARLEY HUERTAS GRANOBLES	03	00																	0	30	30	0	0	(25-14) COLPENSIONES	$ 3.398.400	$ 543.800	(EPS008) COMPENSAR EPS	$ 3.398.400	$ 424.800	0,000	$ 0	$ 0	(NIN-CC) NINGUNA CCF	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 968.600

III.TOTALES

IBC Pensión	IBC Salud	IBC Riesgos	IBC Cajas	Aportes Pensión	Aportes Salud	Aportes Riesgos	Aportes Cajas	Aportes Sena	Aportes ICBF	Aportes ESAP	Aportes Min Educación	(Incapacidades, Licencias, Saldos a Favor) EPS	Incapacidades ARP	SUBTOTAL SIN INTERESES DE MORA	TOTAL INTERESES DE MORA	TOTAL FINAL
$ 3.398.400	$ 3.398.400	$ 0	$ 0	$ 543.800	$ 424.800	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 968.600	$ 2.500	$ 971.100

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!

Antes de imprimir, asegúrese que sea realmente necesario. Proteger el medio ambiente está en nuestras manos.

	Descripción	Nombre del archivo	Cargado por		
☐	2 PS 4991 2025 CRP-12648.pdf	2 PS 4991 2025 CRP-12648.pdf	Comprador	Descargar	Detalle
☐	3 PS 4991 2025 CRP-16008.pdf	3 PS 4991 2025 CRP-16008.pdf	Comprador	Descargar	Detalle
☐	4 PS 4991 2025 CRP-16884.pdf	4 PS 4991 2025 CRP-16884.pdf	Comprador	Descargar	Detalle
☐	5 PS 4991 2025 CRP-23020.pdf	5 PS 4991 2025 CRP-23020.pdf	Comprador	Descargar	Detalle
☐	COMUNICACION SUPERVISOR PS 4991 2025 16-07-2025.pdf	COMUNICACION SUPERVISOR PS 4991 2025 16-07-2025.pdf	Comprador	Descargar	Detalle
☐	PS 4991 2025 CRP 23-05-2025.pdf	PS 4991 2025 CRP 23-05-2025.pdf	Comprador	Descargar	Detalle
☐	PS 4991 2025 CUENTA DE COBRO ABRIL 2025.pdf	PS 4991 2025 CUENTA DE COBRO ABRIL 2025.pdf	Comprador	Descargar	Detalle
☐	PS 4991 2025 CUENTA DE COBRO AGOSTO 2025.pdf	PS 4991 2025 CUENTA DE COBRO AGOSTO 2025.pdf	Comprador	Descargar	Detalle
☐	PS 4991 2025 CUENTA DE COBRO JULIO 2025.pdf	PS 4991 2025 CUENTA DE COBRO JULIO 2025.pdf	Comprador	Descargar	Detalle
☐	PS 4991 2025 CUENTA DE COBRO JUNIO 2025.pdf	PS 4991 2025 CUENTA DE COBRO JUNIO 2025.pdf	Comprador	Descargar	Detalle
☐	PS 4991 2025 CUENTA DE COBRO MARZO 2025.pdf	PS 4991 2025 CUENTA DE COBRO MARZO 2025.pdf	Comprador	Descargar	Detalle
☐	PS 4991 2025 CUENTA DE COBRO MAYO 2025.pdf	PS 4991 2025 CUENTA DE COBRO MAYO 2025.pdf	Comprador	Descargar	Detalle
☐	PS 4991 2025 CUENTA DE COBRO OCTUBRE 2025.pdf	PS 4991 2025 CUENTA DE COBRO OCTUBRE 2025.pdf	Comprador	Descargar	Detalle
☐	PS 4991 2025 CUENTA DE COBRO SEPTIEMBRE 2025.pdf	PS 4991 2025 CUENTA DE COBRO SEPTIEMBRE 2025.pdf	Comprador	Descargar	Detalle

Borrar Cargar nuevo

FORMACIÓN Y CAPACITACIÓN CONTÍNUA

La Subred Integrada de Servicios de Salud Centro Oriente E.S.E.

Certifica a:

JIMMY CESAR ARLEY HUERTAS GRANOBLES

C.C. 79317528

En la realización de la Inducción Institucional de la Subred Integrada de Servicios de Salud Centro Oriente E.S.E.

Fecha de expedición: 11 de junio de 2025

Ofelia Guevara Gómez
C.C. 51.609.213
Director Operativo Gestión de Talento Humano

6666401947JH

Secretaría de Salud
Subred Integrada de Servicios de Salud
Centro Oriente E.S.E.

SECRETARÍA DE SALUD
BOGOTÁ

FORMACIÓN Y CAPACITACIÓN CONTÍNUA

La Subred Integrada de Servicios de Salud Centro Oriente E.S.E.

Certifica a:

JIMMY CESAR ARLEY HUERTAS GRANOBLES

C.C. 79317528

En la realización de la Reinducción Institucional de la Subred Integrada de Servicios de Salud Centro Oriente E.S.E.

Fecha de expedición: 11 de junio de 2025

Ofelia Guevara Gómez
C.C. 51.609.213
Director Operativo Gestión de Talento Humano

2156343840JH

Secretaría de Salud
Subred Integrada de Servicios de Salud
Centro Oriente E.S.E.

SECRETARÍA DE SALUD | BOGOTÁ