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: (31-12-2025)					
NOMBRES Y APELLIDOS:	**JORGE LUIS CORCHO ACOSTA**			**CC:**	**1010118229**
CORREO ELECTRÓNICO:	**jorgecorcho2000@gmail.com**			**TELÉFONO:**	**3202252438**
DIRECCIÓN DOMICILIO:	**CL 4 SUR 13A 08**			**CIUDAD:**	**BOGOTA**
BANCO AL CUAL CONSIGNAR:	**BANCOLOMBIA**	**TIPO DE CUENTA:**	**AHORROS**	**N° CUENTA:**	**91278276487**
DATOS DEL CONTRATO O ADICION Y PERIODO OBJETO DE PAGO					
Nº DEL CONTRATO:	**PS 2089 2025**	**VALOR CORRESPONDIENTE AL PERIODO OBJETO DE COBRO**			**$ 7.829.274**
FECHA DE INICIO CONTRATO	**2025/01/01**	**FECHA DE TERMINACIÓN CONTRATO:**			**2026/01/15**
PERIODO OBJETO DE COBRO:	**DEL 2025/12/01 AL 2025/12/31**				

JORGE LUIS CORCHO ACOSTA
PS_2089_2025_4D7B2B

NOMBRE Y FIRMA DEL CONTRATISTA:
JORGE LUIS CORCHO ACOSTA
CC: 1010118229
CEL: 3202252438

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			
JORGE LUIS CORCHO ACOSTA			
	CON C.C N°	**1.010.118.229**	
OBJETO DEL CONTRATO:	PRESTAR SERVICIOS PROFESIONALES COMO MEDICO GENERAL PARA DESARROLLAR ACTIVIDADES EN LA DIRECCION DE SERVICIOS URGENCIAS DE LA SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E.		
CONTRATO DE PRESTACION DE SERVICIOS PROFESIONALES No.	**PS 2089 2025**	**FECHA INICIO CONTRATO**	**2025/01/01**
VALOR INICIAL DEL CONTRATO	$ 38.088.360	**No. HORAS EJECUTADAS**	**222**
VALOR TOTAL DEL CONTRATO INCLUIDO ADICIONES:	$ 85.169.805	**VALOR DE HONORARIOS PERÍODO A CERTIFICAR:**	$ 7.829.274
PLAZO DEL CONTRATO INCLUYENDO PRORROGAS	ONCE (11) MESES		
UNIDAD FUNCIONAL DE EJECUCIÓN DE ACTIVIDADES:	HOSPITAL JORGE ELIECER GAITAN		
NOMBRE DEL SUPERVISOR:	CARLOS ALBERTO MARIN PEREZ		

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	Realicé actividades, procedimientos diagnósticos y terapéuticos determinados dentro del plan de manejo de su especialidad, de una manera oportuna y pertinente.
2	Brinde Una atención en salud buscando los mejores estándares de oportunidad, integridad, suficiencia, continuidad y pertinencia, en un ambiente de atención personalizada y humanizada
3	Presté sus servicios asistenciales respetando la autonomía institucional de la subred, su visión, misión, estructura orgánica reglamentos administrativos, técnicos, científicos y disciplinarios, acogiendo las directrices institucionales.
4	Realicé las actividades según las necesidades de la subred dando cobertura en todas las unidades en donde se oferta el servicio y sea requerido
5	Informé al paciente y su familia sobre la condición clínica, plan de manejo, atención y recomendaciones de egreso, conocer el grado de satisfacción sobre los servicios prestados y resolver inquietudes relacionadas con el proceso de atención.
6	LLevé registro de las actividades, procedimientos e intervenciones, así como mantener actualizados los informes estadísticos definidos por la institución y todos aquellos registros necesarios para el cumplimiento de los procesos de costos y facturación
7	Respeté los derechos del paciente, cumpliendo el código de ética médica y las disposiciones legales pertinentes propias de los servicios en donde se preste la atención.
8	Realicé el seguimiento y control a pacientes en los que se requiera su participación e impartir instrucciones al equipo de salud sobre los procedimientos ordenados
9	EmitÍ conceptos médicos que se le requieran, realizar resúmenes de historia clínica, epicrisis u otros documentos asistenciales o administrativos que sean solicitados.
10	Diligencie en forma completa, oportuna, sistematizada y legible (en los casos en que se presenten fallas del sistema, los formatos) de las historias clínicas, consentimiento informado, reportes de estudios y demás registros propios de su actuar, de acuerdo a lo establecido en la normatividad vigente, los procedimientos de auditoría y demás directrices relacionadas con el manejo de historias clínicas y respaldando todas las actuaciones realizadas al paciente con firma y sello
11	Garanticé la integridad y adecuado funcionamiento de los equipos, elementos e instalaciones, así como la utilización racional de los recursos que la subred aporte al desarrollo de las actividades contratadas y responder por su reposicion o reparacion cuando los daños se ocasionen por negligencia o inadecuada manipulación de los mismos
12	Participé En la elaboración, actualización, implementación y adherencia de guías, manuales, procedimientos y protocolos que apliquen al servicio
13	Participé en las diferentes actividades del servicio, jornadas de capacitación, inducción, reuniones, comités y eventos a los cuales sea convocado.
14	Apoyé a la entidad en las actividades que demande según requerimientos interinstitucionales y extra institucionales.
15	Presté el apoyo necesario para dar respuesta a objeciones iniciales evitando así que se genere glosa definitiva o procesos de conciliación por parte de eps-s-eapb
16	Participé activamente en el desarrollo, implementación y cumplimiento de las políticas institucionales, sistema integrado de gestión, acreditación, seguridad del paciente y demás actividades enmarcadas dentro del sistema obligatorio de garantía de la calidad
17	Reporté al área de recursos físicos activos fijos de la subred, los equipos de propiedad del contratista, que se destinen a las actividades asistenciales.
18	Garanticé la debida reserva de la información del paciente y de los registros clínicos.
19	Participé en la elaboración de respuestas a reclamaciones y requerimientos que se presenten en desarrollo de la atención que se obliga a prestar a los usuarios o pacientes que demanden el servicio.

20	Realicé consulta, valoración, valoración y clasificación triage del paciente en el servicio de urgencias. Y participar en los análisis a los que sea convocado e implementar las acciones de mejora definidas para el servicio
21	Notifiqué los sucesos de seguridad que se presentaron durante el proceso de atención.
22	Facilité las labores de supervisión que la subred, realice en forma directa por la subdirección de servicios de salud, la oficina de calidad y/o a través de terceros
23	Acredité el cumplimiento del pago de los aportes al sistema de seguridad social y parafiscal durante la vigencia del contrato, requisito indispensable para generar cada pago a su favor
24	Cumplí con las actividades establecidas en el respectivo contrato, cumpliendo con las directrices establecidas por la institución; en los casos de novedades informar con anticipación para el cubrimiento de sus actividades.
25	Cumplí las demás asignadas por la supervisión del contrato. contenidas en el formato de necesidad de personal que hace parte integral del presente contrato contenidas en el formato de necesidad de personal que hace parte integral del presente contrato.
26	Cumplí oportunamente las recomendaciones, oportunidades de mejora, actas de compromiso y demás solicitudes de la supervisión y de la oficina de garantía de calidad.
27	Apoyé en la parte técnica las actividades de supervisión de los contratos cuando estas sean asignadas
28	"Gestioné la liberación de camillas en los servicios de urgencias tanto de aph como de traslados secundarios
29	Envié el porcentaje de ocupación diariamente en cada entrega de actividades
30	Informé al supervisor del contrato cualquier novedad que afecte el cumplimiento de sus obligaciones.
31	Desarrollé actividades de docencia de servicio en la revista médica u otro espacio dirigidas a los estudiantes y/o personal del servicio, para el desarrollo y formación del recurso humano en salud, si aplica.
32	Asistí y participé en las capacitaciones, socializaciones, espacios técnico-científicos que se programen desde la entidad.
33	Instruir a la comunidad sobre la prevención de las enfermedades propias de su especialidad.
34	Reporté los eventos de notificación obligatoria con la oportunidad establecida en la 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 (2025-12-01) AL (2025-12-31)

IV. INFORMACIÓN DE APORTES A SEGURIDAD SOCIAL

No. DE PLANILLA:	N° 35693833	OPERADOR:	ASOPAGOS

CONCEPTO DEL PAGO	ENTIDAD	FECHA DE PAGO	VALOR PAGADO
SALUD:	SANITAS	2025/12/11	$ 292.713
PENSIÓN:	PROTECCION	2025/12/11	$ 374.673
RIESGOS LABORALES:	POSITIVA	2025/12/11	$ 57.100
OTRO			
TOTAL PAGADO			$ 724.486

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	*JORGE LUIS CORCHO ACOSTA* *PS_2089_2025_4D7B2B* **JORGE LUIS CORCHO ACOSTA** **CC: 1010118229**
FIRMA DE QUIEN CONVALIDA EL CUMPLIMIENTO DE LAS OBLIGACIONES PARA EL PRESENTE PERIODO DE PAGO	**CARLOS ALBERTO MARIN PEREZ** **SUPERVISOR DEL CONTRATO**

ASOPAGOS s.a.

RAZÓN SOCIAL :	JORGE LUIS CORCHO ACOSTA
IDENTIFICACIÓN:	CC-1010118229
COD. DEPENDENCIA O SUCURSAL:	0
NOM. DEPENDENCIA O SUCURSAL:	
FECHA GENERACIÓN REPORTE:	2025-12-18
FECHA LÍMITE DE PAGO:	2025-12-11
FECHA DE PAGO:	2025-12-11
ENTIDAD DE PAGO:	BANCOLOMBIA
PERÍODO PENSIÓN:	2025-11
PERÍODO SALUD:	2025-11
NÚMERO PLANILLA:	35693833
TOTAL COTIZANTES:	1
REFERENCIA DE PAGO (PIN):	35693833
TIPO DE PLANILLA:	I

CÓDIGO ENTIDAD	NIT	NOMBRE	NÚMERO AFILIADOS	IBC	FONDO SOLIDARIDAD	FONDO SUBSISTENCIA	TOTAL INTERESES	VALOR PAGAR SIN INTERESES	VALOR PAGAR
EPS005	800251440	SANITAS	1	$ 2.337.280	$ 0	$ 0	$ 400	$ 292.200	$ 292.600
230201	800229739	PROTECCION	1	$ 2.337.280	$ 0	$ 0	$ 500	$ 374.000	$ 374.500
14-23	860011153	POSITIVA	1	$ 2.337.280	$ 0	$ 0	$ 100	$ 57.000	$ 57.100
CCF24	860066942	COMPENSAR-CCF	1	$ 2.337.280	$ 0	$ 0	$ 100	$ 46.800	$ 46.900
				Total a pagar	$ 0	$ 0	$ 1.100	$ 770.000	$ 771.100

PAGADO

FECHA DE PAGO DEL SIGUIENTE MES:	09/01/2026