

		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:	JHOAN STEVEN ALBARRACIN ABRIL			CC:	1007727409
CORREO ELECTRÓNICO:	JHOANSTEVEN1905@GMAIL.COM			TELÉFONO:	3204831136
DIRECCIÓN DOMICILIO:	CL 8 SUR 70 80			CIUDAD:	BOGOTA
BANCO AL CUAL CONSIGNAR:	BANCOLOMBIA	TIPO DE CUENTA:	AHORROS	N° CUENTA:	10879615033
DATOS DEL CONTRATO O ADICION Y PERIODO OBJETO DE PAGO					
N° DEL CONTRATO:	PS 6120 2025	VALOR CORRESPONDIENTE AL PERIODO OBJETO DE COBRO		\$ 8.323.012	
FECHA DE INICIO CONTRATO	2025/08/04	FECHA DE TERMINACIÓN CONTRATO:		2025/11/30	
PERIODO OBJETO DE COBRO:	DEL 2025/11/01 AL 2025/11/30				
 JHOAN STEVEN ALBARRACIN ABRIL PS_6120_2025_B4165E NOMBRE Y FIRMA DEL CONTRATISTA: JHOAN STEVEN ALBARRACIN ABRIL CC: 1007727409 CEL: 3204831136					

CELEBRADO ENTRE LA SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E Y

JHOAN STEVEN ALBARRACIN ABRIL

CON C.C N°

1.007.727.409

OBJETO DEL CONTRATO:	PRESTAR SERVICIOS PROFESIONALES COMO MEDICO GENERAL PARA DESARROLLAR ACTIVIDADES EN LA DIRECCION DE SERVICIOS HOSPITALARIOS DE LA SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E.
----------------------	--

CONTRATO DE PRESTACION DE SERVICIOS PROFESIONALES No.	PS 6120 2025	FECHA INICIO CONTRATO	2025/08/04
---	--------------	-----------------------	------------

VALOR INICIAL DEL CONTRATO	\$ 6.122.351	No. HORAS EJECUTADAS	236
----------------------------	--------------	----------------------	-----

VALOR TOTAL DEL CONTRATO INCLUIDO ADICIONES:	\$ 27.261.391	VALOR DE HONORARIOS PERÍODO A CERTIFICAR:	\$ 8.323.012
--	---------------	---	--------------

PLAZO DEL CONTRATO INCLUYENDO PRORROGAS	CUATRO (4) MESES
---	------------------

UNIDAD FUNCIONAL DE EJECUCIÓN DE ACTIVIDADES:	HOSPITAL SAN BLAS
---	-------------------

NOMBRE DEL SUPERVISOR:	PEDRO RICARDO GONZALEZ CAÑON
------------------------	------------------------------

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 LAS ACTIVIDADES, PROCEDIMIENTOS DIAGNOSTICOS Y TERAPEUTICOS DETERMINADOS DENTRO DEL PLAN DE MANEJO DE SU ESPECIALIDAD, DE UNA MANERA OPORTUNA Y PERTINENTE.
2	BRINDÉ UNA ATENCION EN SALUD BUSCANDO LOS MEJORES ESTANDARES DE OPORTUNIDAD, INTEGRIDAD, SUFICIENCIA, CONTINUIDAD Y PERTINENCIA, EN UN AMBIENTE DE ATENCION PERSONALIZADA Y HUMANIZADA
3	PRESTÉ SUS SERVICIOS ASISTENCIALES RESPETANDO LA AUTONOMIA INSTITUCIONAL DE LA SUBRED, SU VISION, MISION, ESTRUCTURA ORGANICA REGLAMENTOS ADMINISTRATIVOS, TECNICOS, CIENTIFICOS Y DISCIPLINARIOS, ACOGIENDO LAS DIRECTRICES INSTITUCIONALES.
4	REALICÉ LAS ACTIVIDADES SEGUN 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 CONDICION CLINICA, PLAN DE MANEJO, ATENCION Y RECOMENDACIONES DE EGRESO, CONOCER EL GRADO DE SATISFACCION SOBRE LOS SERVICIOS PRESTADOS Y RESOLVER INQUIETUDES RELACIONADAS CON EL PROCESO DE ATENCION.
6	LLEVÉ REGISTRO DE LAS ACTIVIDADES, PROCEDIMIENTOS E INTERVENCIONES, ASI COMO MANTENER ACTUALIZADOS LOS INFORMES ESTADISTICOS DEFINIDOS POR LA INSTITUCION Y TODOS AQUELLOS REGISTROS NECESARIOS PARA EL CUMPLIMIENTO DE LOS PROCESOS DE COSTOS Y FACTURACION
7	RESPETÉ LOS DERECHOS DEL PACIENTE, CUMPLIR EL CODIGO DE ETICA MEDICA Y LAS DISPOSICIONES LEGALES PERTINENTES PROPIAS DE LOS SERVICIOS EN DONDE SE PRESTE LA ATENCION.
8	REALICÉ EL SEGUIMIENTO Y CONTROL A PACIENTES EN LOS QUE SE REQUIERA SU PARTICIPACION E IMPARTIR INSTRUCCIONES AL EQUIPO DE SALUD SOBRE LOS PROCEDIMIENTOS ORDENADOS.
9	EMITÍ CONCEPTOS MEDICOS QUE SE LE REQUIERAN, REALIZAR RESUMENES DE HISTORIA CLINICA, EPICRISIS U OTROS DOCUMENTOS ASISTENCIALES O ADMINISTRATIVOS QUE SEAN SOLICITADOS.
10	DILIGENCIÉ EN FORMA COMPLETA, OPORTUNA, SISTEMATIZADA Y LEGIBLE (EN LOS CASOS EN QUE SE PRESENTEN FALLAS DEL SISTEMA, LOS FORMATOS) DE LAS HISTORIAS CLINICAS, CONSENTIMIENTO INFORMADO, REPORTES DE ESTUDIOS Y DEMAS REGISTROS PROPIOS DE SU ACTUAR, DE ACUERDO A LO ESTABLECIDO EN LA NORMATIVIDAD VIGENTE, LOS PROCEDIMIENTOS DE AUDITORIA Y DEMAS DIRECTRICES RELACIONADAS CON EL MANEJO DE HISTORIAS CLINICAS Y RESPALDANDO TODAS LAS ACTUACIONES REALIZADAS AL PACIENTE CON FIRMA Y SELLO
11	GARANTICÉ LA DEBIDA RESERVA DE LA INFORMACION DEL PACIENTE Y DE LOS REGISTROS CLINICOS.
12	GARANTICÉ LA INTEGRIDAD Y ADECUADO FUNCIONAMIENTO DE LOS EQUIPOS, ELEMENTOS E INSTALACIONES, ASI COMO LA UTILIZACION 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 MANIPULACION DE LOS MISMOS.
13	REPORTÉ AL AREA DE RECURSOS FISICOS ACTIVOS FIJOS DE LA SUBRED, LOS EQUIPOS DE PROPIEDAD DEL CONTRATISTA, QUE SE DESTINE A LAS ACTIVIDADES ASISTENCIALES.
14	PARTICIPÉ ACTIVAMENTE EN EL DESARROLLO, IMPLEMENTACION Y CUMPLIMIENTO DE LAS POLITICAS INSTITUCIONALES, SISTEMA INTEGRADO DE GESTION, ACREDITACION, SEGURIDAD DEL PACIENTE Y DEMAS ACTIVIDADES ENMARCADAS DENTRO DEL SISTEMA OBLIGATORIO DE GARANTIA DE LA CALIDAD

15	PARTICIPÉ EN LAS DIFERENTES ACTIVIDADES DEL SERVICIO, JORNADAS DE CAPACITACION, INDUCCION, REUNIONES, COMITES Y EVENTOS A LOS CUALES SEA CONVOCADO
16	PARTICIPÉ EN LA ELABORACION, ACTUALIZACION, IMPLEMENTACION Y ADHERENCIA DE GUIAS, MANUALES, PROCEDIMIENTOS Y PROTOCOLOS QUE APLIQUEN AL SERVICIO.
17	APOYÉ A LA ENTIDAD EN LAS ACTIVIDADES QUE DEMANDE SEGUN REQUERIMIENTOS INTERINSTITUCIONALES Y EXTRA INSTITUCIONALES.
18	PARTICIPÉ EN LA ELABORACION DE RESPUESTAS A RECLAMACIONES Y REQUERIMIENTOS QUE SE PRESENTEN EN DESARROLLO DE LA ATENCION QUE SE OBLIGA A PRESTAR A LOS USUARIOS O PACIENTES QUE DEMANDEN EL SERVICIO.
19	PRESTÉ EL APOYO NECESARIO PARA DAR RESPUESTA A OBJECIONES INICIALES EVITANDO ASI QUE SE GENERE GLOSA DEFINITIVA O PROCESOS DE CONCILIACION POR PARTE DE EPS-S-EAPB.
20	NOTIFIQUÉ LOS SUCESOS DE SEGURIDAD QUE SE PRESENTEN DURANTE EL PROCESO DE ATENCION.
21	PARTICIPÉ EN LOS ANALISIS A LOS QUE SEA CONVOCADO E IMPLEMENTAR LAS ACCIONES DE MEJORA DEFINIDAS PARA EL SERVICIO.
22	REPORTÉ LOS EVENTOS DE NOTIFICACION OBLIGATORIA CON LA OPORTUNIDAD ESTABLECIDA EN LA NORMATIVIDAD VIGENTE.
23	DESARROLLÉ ACTIVIDADES DE DOCENCIA DE SERVICIO EN LA REVISTA MEDICA U OTRO ESPACIO DIRIGIDAS A LOS ESTUDIANTES Y/O PERSONAL DEL SERVICIO, PARA EL DESARROLLO Y FORMACION DEL RECURSO HUMANO EN SALUD, SI APLICA
24	INSTRUÍ A LA COMUNIDAD SOBRE LA PREVENCION DE LAS ENFERMEDADES PROPIAS DE SU ESPECIALIDAD
25	INFORMÉ AL SUPERVISOR DEL CONTRATO CUALQUIER NOVEDAD QUE AFECTE EL CUMPLIMIENTO DE SUS OBLIGACIONES
26	FACILITÉ LAS LABORES DE SUPERVISION QUE LA SUBRED, REALICE EN FORMA DIRECTA POR LA SUBDIRECCION DE SERVICIOS DE SALUD, LA OFICINA DE CALIDAD Y/O A TRAVES DE TERCEROS.
27	CUMPLÍ OPORTUNAMENTE LAS RECOMENDACIONES, OPORTUNIDADES DE MEJORA, ACTAS DE COMPROMISO Y DEMAS SOLICITUDES DE LA SUPERVISION Y DE LA OFICINA DE GARANTIA DE CALIDAD.
28	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
29	APOYÉ EN LA PARTE TECNICA LAS ACTIVIDADES DE SUPERVISION DE LOS CONTRATOS CUANDO ESTAS SEAN ASIGNADAS
30	CUMPLÍ CON LAS ACTIVIDADES ESTABLECIDAS EN EL RESPECTIVO CONTRATO, CUMPLIENDO CON LAS DIRECTRICES ESTABLECIDAS POR LA INSTITUCION; EN LOS CASOS DE NOVEDADES INFORMAR CON ANTICIPACION PARA EL CUBRIMIENTO DE SUS ACTIVIDADES.
31	LAS DEMAS ASIGNADAS POR LA SUPERVISION DEL CONTRATO. 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° 81672344 - 81959860	OPERADOR:	ENLACE OPERATIVO
CONCEPTO DEL PAGO	ENTIDAD	FECHA DE PAGO	VALOR PAGADO
SALUD:	SURA	2025/11/28	\$ 418.300
PENSIÓN:	PORVENIR	2025/11/28	\$ 535.400
RIESGOS LABORALES:	SURA	2025/11/28	\$ 81.600
OTRO			
TOTAL PAGADO			\$ 1.035.300

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 periodo correspondiente

NOMBRE Y FIRMA DEL CONTRATISTA



JHOAN STEVEN ALBARRACIN ABRIL

PS_6120_2025_B4165E

JHOAN STEVEN ALBARRACIN ABRIL

CC: 1007727409

FIRMA DE QUIEN VALIDA



DEISY YANETH HENAO VILLALOBOS

PS_6120_2025_B4165E

DEISY YANETH HENAO VILLALOBOS

SUPERVISOR ALTERNO

FIRMA DE QUIEN CONVALIDA EL CUMPLIMIENTO DE LAS OBLIGACIONES PARA EL PRESENTE PERIODO DE PAGO



PEDRO RICARDO GONZALEZ CAÑON

PS_6120_2025_B4165E

PEDRO RICARDO GONZALEZ CAÑON

SUPERVISOR DEL CONTRATO



Información de la Planilla Pagada

Nit de comercio Operador de Información	900089104-5
Razón Social del Operador de Información	Enlace Operativo
Descripción	Pago de SuAporte
Fecha	2025-11-11, 10:22:32 PM en horario extendido
Periodo de Cotización Otros Riesgos	octubre de 2025
Periodo de Cotización Para Salud	octubre de 2025
Empresa	HOSPITAL SAN BLAS
CEDULA CIUDADANIA	CC 1007727409
Código Sucursal (Nombre)	()
Referencia de Pago/ Número Planilla	81672344
Tipo de Planilla	I
Número Transacción Bancaria/ CUS	1922526075
Banco	(1007) - BANCOLOMBIA
Valor	\$ 930.700
Estado de la Transacción	Aprobada
Dirección IP de Origen	172.29.10.57

Nit	Código	Administradora	Número Afiliados	Valor sin Mora	Total Intereses Mora
N800224808	230301	PORVENIR	1	\$ 479.400	\$ 1.900
N800088702	EPS010	EPS SURA	1	\$ 374.600	\$ 1.500
N890903790	14-11	ARL SURA	1	\$ 73.000	\$ 300
SubTotales:				\$ 927.000	\$ 3.700
Total a Pagar:					\$ 930.700





Información de la Planilla Pagada

Nit de comercio Operador de Información	900089104-5
Razón Social del Operador de Información	Enlace Operativo
Descripción	Pago de SuAporte
Fecha	2025-11-28, 04:02:20 PM
Periodo de Cotización Otros Riesgos	octubre de 2025
Periodo de Cotización Para Salud	octubre de 2025
Empresa	HOSPITAL SAN BLAS
CEDULA CIUDADANIA	CC 1007727409
Código Sucursal (Nombre)	()
Referencia de Pago/ Número Planilla	81959860
Tipo de Planilla	N
Número Transacción Bancaria/ CUS	1963676428
Banco	(1507) - NEQUI
Valor	\$ 104.600
Estado de la Transacción	Aprobada
Dirección IP de Origen	172.29.10.57

Nit	Código	Administradora	Número Afiliados	Valor sin Mora	Total Intereses Mora
N800224808	230301	PORVENIR	1	\$ 53.300	\$ 800
N800088702	EPS010	EPS SURA	1	\$ 41.600	\$ 600
N890903790	14-11	ARL SURA	1	\$ 8.100	\$ 200
SubTotales:				\$ 103.000	\$ 1.600
Total a Pagar:					\$ 104.600



Valor anticipo:	0,00 COP	0%	-
Valor de las entregas	0,00 COP	0%	-
Valor facturado:	0,00 COP	0%	-
Valor facturado pendiente de pago:	0,00 COP	0%	-
Valor pagado:	0,00 COP	0%	-
Valor amortizado del anticipo:	0,00 COP	0%	0%
Valor pendiente de amortizar:	0,00 COP	0%	0%
Valor pendiente de ejecución:	27.261.391,00 COP	100%	-
Valor pendiente de entrega:	27.261.391,00 COP	100%	-

Documentos de ejecución del contrato

Descripción	Nombre del archivo	Cargado por
☐ 8. PS 6120 2025 CUENTA DE COBRO AGOSTO 2025.pdf	8. PS 6120 2025 CUENTA DE COBRO AGOSTO 2025.pdf	Proveedor Descargar Detalle
☐ 9. PS 6120 2025 CUENTA DE COBRO SEPTIEMBRE 2025.pdf	9. PS 6120 2025 CUENTA DE COBRO SEPTIEMBRE 2025.pdf	Proveedor Descargar Detalle
☐ 10. PS 6120 2025 CUENTA DE COBRO OCTUBRE 2025.pdf	10. PS 6120 2025 CUENTA DE COBRO OCTUBRE 2025.pdf	Proveedor Descargar Detalle

[Borrar](#) [Cargar nuevo](#)

