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:	**JOHN ANDREY CASTRO BENAVIDES**			**CC:**	**1022965013**
CORREO ELECTRÓNICO:	**JOHNCASTRO1503@GMAIL.COM**			**TELÉFONO:**	**3134393506**
DIRECCIÓN DOMICILIO:	**KR 5 ESTE 97B 58 SUR**			**CIUDAD:**	**BOGOTA**
BANCO AL CUAL CONSIGNAR:	**BANCO DAVIVIENDA S.A.**	**TIPO DE CUENTA:**	**AHORROS**	**N° CUENTA:**	**8400693811**
DATOS DEL CONTRATO O ADICION Y PERIODO OBJETO DE PAGO					
Nº DEL CONTRATO:	**PS 1407 2025**	**VALOR CORRESPONDIENTE AL PERIODO OBJETO DE COBRO**			**$ 3.143.560**
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**				

JOHN ANDREY CASTRO BENAVIDES
PS_1407_2025_303181

NOMBRE Y FIRMA DEL CONTRATISTA:
JOHN ANDREY CASTRO BENAVIDES
CC: 1022965013
CEL: 3134393506

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			
JOHN ANDREY CASTRO BENAVIDES			
	CON C.C N°	**1.022.965.013**	
OBJETO DEL CONTRATO:	PRESTAR SERVICIOS COMO TECNOLOGO PARA DESARROLLAR ACTIVIDADES EN LA DIRECCION FINANCIERA DE LA SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E.		
CONTRATO DE PRESTACION DE SERVICIOS PROFESIONALES No.	**PS 1407 2025**	**FECHA INICIO CONTRATO**	**2025/01/01**
VALOR INICIAL DEL CONTRATO	$ 9.430.680	**No. HORAS EJECUTADAS**	**0**
VALOR TOTAL DEL CONTRATO INCLUIDO ADICIONES:	$ 40.866.280	**VALOR DE HONORARIOS PERÍODO A CERTIFICAR:**	$ 3.143.560
PLAZO DEL CONTRATO INCLUYENDO PRORROGAS	TRECE (13) MESES		
UNIDAD FUNCIONAL DE EJECUCIÓN DE ACTIVIDADES:	HOSPITAL SANTA CLARA		
NOMBRE DEL SUPERVISOR:	ANDRES FELIPE GUZMAN CRUZ		

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)**
	Realice cruces de información, verificando la facturación de actividades intermedias, según el detallado de facturación, según el anexo técnico 9 del contrato 003_SUBSIDIADO_599431_CONTRIBUTIVO_1186 Notifique inconsistencias por errores de facturación a las unidades, referentes y analistas. _SUBSIDIADO_1508_CONTRIBUTIVO_73 Realice cruces de información, verificando actividades finales en la facturación a tarifa 2423/96 y según manual de facturación del contrato 003 de PGP (ANEXO TECNICO 6) en el detallado de facturación. _SUBSIDIADO_8414_CONTRIBUTIVO_732 Agrupe actividades FINALES vs INTERMEDIAS_SUBSIDIADO_625510_CONTRIBUTIVO_12846 Realice anexo tecnico 1 agrupando actividades finales según manual de facturación anexo tecnico 6 del contrato 003/2023 adicion presupuestal_SUBSIDIADO_8414_CONTRIBUTIVO_732 Verifique en dinámica gerencial, en el módulo de historia clínica procedimientos quirúrgicos, egresos especializados, consultas de urgenciasy unidad renal_SUBSIDIADO_8414_CONTRIBUTIVO_732 Realice seguimiento y control por unidad de las inconsistencias reportadas_SUBSIDIADO_1508_CONTRIBUTIVO_73 Socialice Anexos técnicos del PGP para revisión y cumplimiento de SENDAS, previo a la radicación, envío de sendas parciales, para conocimiento de las diferentes áreas_SUBSIDIADO_8414_CONTRIBUTIVO_732 Genere las Facturas Globales por el techo del contrato 003 factura SSCO0007734834 Y SSCO0007734842_SUBSIDIADO_1_CONTRIBUTIVO_1 Realice Oficios con la relación de las TIPOLOGÍAS mensuales para su respectiva radicación._SUBSIDIADO_1_CONTRIBUTIVO_1 Busque Diagnósticos para actividades finales, según anexo _SUBSIDIADO_380_CONTRIBUTIVO_38 Respondi alertas administrativas correspondiente_junio _SUBSIDIADO_0_CONTRIBUTIVO_0 Notifique a la diferentes areas asistencias tipologias parciales para revision previa y auditoria asistencial total registros Subdiado _SUBSIDIADO_8414_CONTRIBUTIVO_732 Notifique reingresos de urgencias para dar cumplimiento al anexo tecnico 6 manual de facturacion contrato 003 _SUBSIDIADO_266_CONTRIBUTIVO_37 Realice radicacion de las tipologias y facturas globales en la plataforma de capital salud_SUBSIDIADO_1_CONTRIBUTIVO_1 Realice radicacion en el sistema de informacion DGH para las factura globales subsidaido y contributivo _SUBSIDIADO_1_CONTRIBUTIVO_1 Verifique y cruce informacion en el anexo tecnico de actividades finales el tipo de documento de identificacion para cada usuario _SUBSIDIADO_8414_CONTRIBUTIVO_732 Envie detallados para el descargue de epicrisis de acuerdo al manual de facturacion anexo tecnico 6_SUBSIDIADO_1455_CONTRIBUTIVO_85 Realice cruce de informacion contra base de datos de los usuarios fallecidos de acuerdo al manual de facturacion anexo tecnico 6 _SUBSIDIADO_8414_CONTRIBUTIVO_732 Realice cruce informacion para identificar duplicidades en consultas de urgencias _SUBSIDIADO_4842_CONTRIBUTIVO_540 Realice verificacion de cantidades excesivas para las actividades intermedias y finales_SUBSIDIADO_625510_CONTRIBUTIVO_12846 Verifique distribucion de servicios por hora y fechas acordes a la realizacion de cada actividad en salud_SUBSIDIADO_625510_CONTRIBUTIVO_12846 Verifique rango de fechas acordes al ingreso y egreso para el ambito hospitalario, cirugia ambulatoria y urgencias _SUBSIDIADO_625510_CONTRIBUTIVO_12846 Realice seguimiento en la facturacion de cuidados intermedios adultos, pediatricos y neonatales en la verificacion de criterios para su cobro_SUBSIDIADO_194_CONTRIBUTIVO_14 Realice seguimiento en la facturacion de cuidados intensivos adultos, pediatricos y neonatales en la verificacion de criterios para su cobro_SUBSIDIADO_97_CONTRIBUTIVO_2

1	Realice seguimiento en la facturacion sin actividades finales facturadas total registros _SUBSIDIADO_1592_CONTRIBUTIVO_193 Realice seguimiento en los procedimientos de parto y cesarea, en la subfacturacion o sobrefacturacion_SUBSIDIADO_117_CONTRIBUTIVO_15 Realice seguimiento a las facturas sin estancia y urgencias _SUBSIDIADO_13815_CONTRIBUTIVO_960 Envie distribucion de actividades finales vs centro de costos _SUBSIDIADO_8414_CONTRIBUTIVO_732 Realice seguimiento en la facturacion de procedimientos quirurgicos esto de acuerdo al manual de facturacion del contrato pgp y manual tarifario_SUBSIDIADO_1840_CONTRIBUTIVO_95 Envie detallados para el descargue de informes quirurgicos de acuerdo al manual de facturacion anexo tecnico 6_SUBSIDIADO_1840_CONTRIBUTIVO_95

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° 92296479	OPERADOR:	MI PLANILLA

CONCEPTO DEL PAGO	ENTIDAD	FECHA DE PAGO	VALOR PAGADO
SALUD:	SANITAS	2025/12/11	$ 178.900
PENSIÓN:	COLFONDOS	2025/12/11	$ 229.000
RIESGOS LABORALES:	SURA	2025/12/11	$ 34.900
OTRO			
TOTAL PAGADO			$ 442.800

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	*JOHN ANDREY CASTRO BENAVIDES* *PS_1407_2025_303181* **JOHN ANDREY CASTRO BENAVIDES** **CC: 1022965013**
FIRMA DE QUIEN VALIDA	*YAMILE CANO HERRERA* *PS_1407_2025_303181* **YAMILE CANO HERRERA** **SUPERVISOR ALTERNO**

FIRMA DE QUIEN CONVALIDA EL CUMPLIMIENTO DE LAS OBLIGACIONES PARA EL PRESENTE PERIODO DE PAGO	*ANDRES FELIPE GUZMAN CRUZ* *PS_1407_2025_303181* **ANDRES FELIPE GUZMAN CRUZ** **SUPERVISOR DEL CONTRATO**