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: 5
FECHA: 2024-09-09

DATOS DEL CONTRATISTA					
FECHA DE DILIGENCIAMIENTO: (31-07-2025)					
NOMBRES Y APELLIDOS:	**DANY FABIAN BELTRAN DIAZ**			**CC:**	**80857115**
CORREO ELECTRÓNICO:	**DANYBELTRAN@HOTMAIL.COM**			**TELÉFONO:**	**3123283321**
DIRECCIÓN DOMICILIO:	**KR 69B N° 24A - 51 T3 APTO 303**			**CIUDAD:**	**BOGOTA**
BANCO AL CUAL CONSIGNAR:	**BANCOLOMBIA S.A.**	**TIPO DE CUENTA:**	**AHORROS**	**N° CUENTA:**	**52600024086**

DATOS DEL CONTRATO O ADICION Y PERIODO OBJETO DE PAGO						
Nº DEL CONTRATO:	**PS 1838 2025**	**N° CDP:**	**1799**	**N°. RP:**	**0**	**PLAZO DEL CONTRATO INCLUIDAS PRORROGAS: OCHO (8) MESES**
FECHA DE INICIO CONTRATO	**2025/01/01**	**FECHA DE TERMINACIÓN CONTRATO:**		**2025/08/31**		
PERIODO OBJETO DE COBRO:	**DEL 2025/07/01 AL 2025/07/01**					
VALOR A PAGAR CORRESPONDIENTE AL PERIODO OBJETO DE COBRO	**$ 6.647.688**					

DANY FABIAN BELTRAN DIAZ
PS_1838_2025_EB69FB-2025-07-18 14:31:47

NOMBRE Y FIRMA DEL CONTRATISTA:
DANY FABIAN BELTRAN DIAZ
CC: 80857115
CEL: 3123283321

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			
DANY FABIAN BELTRAN DIAZ			
	CON C.C N°	**80.857.115**	
OBJETO DEL CONTRATO:	PRESTAR SERVICIOS PROFESIONALES ESPECIALIZADOS COMO PEDIATRA 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 1838 2025**	**FECHA INICIO CONTRATO**	**2025/01/01**
VALOR INICIAL DEL CONTRATO	$ 44.317.920	**No. HORAS EJECUTADAS**	**72**
VALOR TOTAL DEL CONTRATO INCLUIDO ADICIONES:	$ 65.553.590	**VALOR DE HONORARIOS PERÍODO A CERTIFICAR:**	$ 6.647.688
PLAZO DEL CONTRATO INCLUYENDO PRORROGAS	OCHO (8) MESES		
UNIDAD FUNCIONAL DE EJECUCIÓN DE ACTIVIDADES:	HOSPITAL SAN BLAS		
NOMBRE DEL SUPERVISOR:	XIMENA ANDREA GARAVITO HIGUERA		

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)**
	Realizó las actividades, procedimientos diagnósticos y terapéuticos determinados dentro del plan de manejo de su especialidad, con un alto nivel científico, ético y humano, de una manera oportuna y pertinente, en correspondencia con las necesidades de los pacientes, y teniendo en cuenta que todas las decisiones clínicas generadas en la atención médica, procurarán el mejoramiento de la salud del paciente, el uso racional del conocimiento médico y de los recursos disponibles. Brindó una atención en salud buscando los mejores estándares de oportunidad, integridad, suficiencia, continuidad y pertinencia, en un ambiente de atención personalizada y humanizada, cumpliendo el principio de equidad y con énfasis en actividades, procedimientos, protocolos, intervenciones y guías de atención, de acuerdo a los estándares de habilitación y acreditación. Se realizaron las actividades según las necesidades de la subred dando cubertura en todas las Unidades en donde se presta el servicio y sea requerido. Se informó al paciente y su familia sobre la condición clínica, plan de manejo, atención y recomendaciones de egreso, conoció el grado de satisfacción sobre los servicios prestados y resolvió inquietudes relacionadas con el proceso de atención. Se realizo el diligenciamento y registros de las atenciones, procedimientos, actividades e intervenciones, que permita mantener actualizados los informes estadísticos definidos por la normatividad vigente y todos aquellos registros necesarios para el cumplimiento de los procesos de costos y facturación. En todo momento y ambito de la atencion se respetaron los derechos del paciente, cumpliendo el código de ética médica y las disposiciones legales pertinentes propias de los servicios en donde se prestó la atención Cumplió la programación de turnos de servicios, realizó el cambio de turno cumpliendo con las directrices establecidas por la institución; en los casos de novedades informó con anticipación para la toma de medidas preventivas. Se emitieron los respectivos conceptos médicos deacuerdo a mi especialidad, con sus respectivos resúmenes de historia clínica, epicrisis u otros documentos asistenciales o administrativos que sean solicitados. Se diligencio en forma completa, oportuna, sistematizada y legible (en los casos en que se presenten fallas del sistema), los formatos, la historias clínicas, consentimiento informado, reportes de estudios y demás registros propios de mi actuar, de acuerdo a lo establecido en la normatividad vigente, los procedimientos de auditoria y demás directrices relacionadas con el manejo de historias clínicas y respaldando todas las actuaciones realizadas al paciente con la firma. Se garantizó la debida reserva de la información del paciente y de los registros clínicos. Se utilizó de manera adecuada los equipos, elementos e instalaciones y los recursos que la Subred aporte al desarrollo de las actividades contratadas y responder por su reposición o reparación cuando los daños se ocasionen por negligencia o inadecuada manipulación de los mismos. Se generan los debidos reportes al área de Recursos Físicos Activos Fijos de la SUBRED, los equipos de propiedad del contratista, que se destine a las actividades asistenciales. De forma responsable se verifica la entrega y devolucion de los equipos que se encuentran bajo mi custodia. Apoyo 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. Se prestó el apoyo necesario para dar respuesta a objeciones iniciales evitando así que se genere Glosa Definitiva o procesos de Conciliación por

parte de EAPB.
Se notificaron los sucesos de seguridad que se presentearon durante el proceso de atención al paciente y se realizao su respecto apoyo en los análisis a los que se convocó para la elaboracion de los planes de mejoras.
Se reportaron los eventos de notificación obligatoria con la oportunidad establecida en la normatividad vigente.
Se apoyaron las 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.
Se facilia por diferentes medios especialmente el escrito y verbal la educacion a la comunidad sobre la prevención de las enfermedades propias de su especialidad.
Asistí a las jornadas de capacitación, inducción, reuniones, comités y eventos a los cuales fuí convocada.
Se informa oportunamente al supervisor del contrato cualquier novedad que afecte el cumplimiento de sus obligaciones.
Se facilito las labores de supervisión, evaluación y control que la SUBRED realice en forma directa por la Subdirección de Servicios de Salud, la Oficina de Calidad y/o a través de terceros.
Se cumplió oportunamente las recomendaciones, oportunidades de mejora, actas de compromiso y demás solicitudes de la Supervisión y de la Oficina de Calidad.
Acreditó inscripción en el RETHUS Y MIPRES.
"Portó el carnet institucional de la SUBRED durante la ejecución
de las actividades."
Se presto el servicio de conformidad con la programación de agenda acordada con el supervisor del contrato, para el desarrollo de mis actividades

1	

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 (2025-07-01) AL (2025-07-01)

IV. INFORMACIÓN DE APORTES A SEGURIDAD SOCIAL

No. DE PLANILLA:	N° 9488688490	OPERADOR:	APORTES EN LINEA

CONCEPTO DEL PAGO	ENTIDAD	FECHA DE PAGO	VALOR PAGADO
SALUD:	SALUD TOTAL	2025/07/09	$ 1.100.000
PENSIÓN:	PORVENIR	2025/07/09	$ 1.496.000
RIESGOS LABORALES:	SURA	2025/07/09	$ 214.400
OTRO			
TOTAL PAGADO			$ 2.810.400

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	*DANY FABIAN BELTRAN DIAZ* *PS_1838_2025_EB69FB-2025-07-18 14:31:47* **DANY FABIAN BELTRAN DIAZ** **CC: 80857115**
FIRMA DE QUIEN VALIDA	*DEISY YANETH HENAO VILLALOBOS* *PS_1838_2025_EB69FB-2025-07-18 19:39:27* **DEISY YANETH HENAO VILLALOBOS** **SUPERVISOR ALTERNO**
FIRMA DE QUIEN CONVALIDA EL CUMPLIMIENTO DE LAS OBLIGACIONES PARA EL PRESENTE PERIODO DE PAGO	*XIMENA ANDREA GARAVITO HIGUERA* *PS_1838_2025_EB69FB-2025-07-18 19:42:54* **XIMENA ANDREA GARAVITO HIGUERA** **SUPERVISOR DEL CONTRATO**

aportes en línea

Planilla Resumen

DATOS GENERALES DEL APORTANTE

Identificación	dv	Razon Social	Clase Aportante	Sucursal Principal	Direccion	Ciudad-Departamento	Teléfono	Exonerado SENA e ICBF
CC 80857115		BELTRAN DIAZ DANY FABIAN	INDEPENDIENTE	PRINCIPAL	CR 69b 24a 51 torre 3 apt 303	BOGOTA-BOGOTA D.E.	1111111	Si

DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION

Periodo		Clave		Tipo	Fecha		Pago		
Pensión	Salud	Pago	Planilla	Planilla	Limite	Pago	Banco	Dias Mora	Valor
2025-06	2025-06	1614402108	9488688490	I	2025/07/04	2025/07/09	BANCOLOMBIA	5	$2,819,400

LIQUIDACION DETALLADA DE APORTES

EMPLEADO			NOVEDADES																PENSION		SALUD		CCF		RIESGOS			PARAFISCALES	
No.	Identificación	Nombre	ing	ret	tde	tae	tdp	tap	vsp	cor	vst	sln	ige	lma	vac	avp	vct	irl	vip	Codigo	Dias	Codigo	Dias	Codigo	Dias	Codigo	Dias	Tarifa	Dias	Exonerado SENA e ICBF
SUCURSAL: PRINCIPAL (1 Afiliados)																													
Centro de Trabajo: PRINCIPAL (1 Afiliados)																													
Ciudad: BOGOTA Depto: BOGOTA D.E. (1 Afiliados)																													
1	CC	80857115	BELTRAN DANY									X								230301	30	EPS002	30		0	14-11	30	2.436%	0	No
Total		**Afiliados(1)**																											

DATOS GENERALES DEL APORTANTE

Identificación	dv	Razon Social	Clase Aportante	Sucursal Principal	Direccion	Ciudad-Departamento	Teléfono	Exonerado SENA e ICBF
CC 80857115		BELTRAN DIAZ DANY FABIAN	INDEPENDIENTE	PRINCIPAL	CR 69b 24a 51 torre 3 apt 303	BOGOTA-BOGOTA D.E.	1111111	Si

DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION

Periodo		Clave		Tipo	Fecha		Pago		
Pensión	Salud	Pago	Planilla	Planilla	Limite	Pago	Banco	Dias Mora	Valor
2025-06	2025-06	1614402108	9488688490	I	2025/07/04	2025/07/09	BANCOLOMBIA	5	$2,819,400

RESUMEN DE PAGO

RIESGO	CODIGO	NIT	DV	AFILIADOS	VALOR LIQUIDADO	INTERESES MORA	SALDOS E INCAPACIDADES	VALOR A PAGAR
AFP (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$1,496,000	$4,800	$0	$1,500,800
PORVENIR	230301	800,224,808	8	1	$1,496,000	$4,800	$0	$1,500,800
ARL (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$214,400	$700	$0	$215,100
ARL SURA	14-11	890,903,790	5	1	$214,400	$700	$0	$215,100
EPS (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$1,100,000	$3,500	$0	$1,103,500
SALUD TOTAL	EPS002	800,130,907	4	1	$1,100,000	$3,500	$0	$1,103,500
TOTAL				**1**	**$2,810,400**	**$9,000**	**$0**	**$2,819,400**

2025/07/08 09:00 PM

Espacio para
Logo Corporativo

DANY FABIAN BELTRAN DIAZ
NIT 80.857.115-8
110911
Tel: (057) 3123283321
Bogotá - Colombia
danybeltran@hotmail.com

Factura electrónica de venta
No. FE 97

Señores	SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E		
NIT	900.959.051-7	**Teléfono**	(601) 3023290575 - Ext. 000
Dirección	DIAGONAL 34 # 5-43	**Ciudad**	Bogotá - Colombia

Fecha y hora Factura	
Generación	09/07/2025, 14:58
Expedición	09/07/2025, 14:58
Vencimiento	09/07/2025

Ítem	Descripción	Cantidad	Vr. Unitario	Vr. Total
1	Consulta como especialista de pediatria en Urgencias y Hospitalizacion durante el mes de Julio de 2025, excebto de iva, regimen de tributacion simplificado	72.00	92,329.00	6,647,688.00

Total items: 1

Valor en Letras:
Seis millones seiscientos cuarenta y siete mil seiscientos ochenta y ocho pesos m/cte

Total Bruto	6,647,688.00
IVA 0%	0.00
Total a Pagar	6,647,688.00

Forma de pago:
Contado

Medio de pago:
Desembolso Crédito plus (CCD+) - Transferencia $ 6,647,688.00

Observaciones:
Cuenta de Ahorro Bancolombia
52600024086

A esta factura de venta aplican las normas relativas a la letra de cambio (artículo 5 Ley 1231 de 2008). Con esta el Comprador declara haber recibido real y materialmente las mercancías o prestación de servicios descritos en este título - Valor. **Número Autorización Electrónica 18764093184720 aprobado en 20250516 prefijo FE desde el número 95 al 500 Vigencia: 6 Meses**
No responsable de IVA - Actividad Económica 8621 Actividades de la práctica médica, sin internación Tarifa 9,66
CUFE: 22ca2b5bd010cd286ce9109d437f1bfc3d81077fc311a07852a1e524d8bf094164d033a179994669a5aad3e72e357e65

Fabricante Software y Proveedor tecnológico: Siigo SAS - Nit 830.048.145-8. Nombre Software: Siigo Nube. Firma electrónica: ver en el XML