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: 6
FECHA: 2024-09-16

DATOS DEL CONTRATISTA						
FECHA DE DILIGENCIAMIENTO: (31-05-2025)						
NOMBRES Y APELLIDOS:	**ANDRES RAUL MANRIQUE ALBA**				**CC:**	**80186784**
					RUT (NIT):	**80186784**
CORREO ELECTRÓNICO:	**ANDRESRMANRIQUE82@GMAIL.COM**				**TELÉFONO:**	**3138343022**
DIRECCIÓN DOMICILIO:	**CL 49A BIS SUR 10D 20**				**CIUDAD:**	**BOGOTA**
BANCO AL CUAL CONSIGNAR:	**BANCO DAVIVIENDA S.A.**		**TIPO DE CUENTA:**	**AHORROS**	**N° CUENTA:**	**006301126071**

NÚMERO DEL CONTRATO Y DATOS DE LA ÚLTIMA ADICIÓN (PERIODO OBJETO DE PAGO)						
Nº DEL CONTRATO:	**PS 1338 2025**	**N° CDP:**	**800**	**N°. RP:**	**11944**	**PLAZO DEL CONTRATO INCLUIDAS PRORROGAS: SEIS (06) MESES**
FECHA DE INICIO CONTRATO	**2025/01/01**	**FECHA DE TERMINACIÓN CONTRATO:**		**2025/06/30**		**VALOR TOTAL DEL CONTRATO INCLUIDO ADICIONES: 12.451.142**
PERIODO OBJETO DE COBRO:	**DEL 2025/05/01 AL 2025/05/31**					
VALOR A PAGAR CORRESPONDIENTE AL PERIODO OBJETO DE COBRO	**$ 2.100.000**					

ANDRES RAUL MANRIQUE ALBA
PS_1338_2025_589467-2025-05-19 08:06:00

NOMBRE Y FIRMA DEL CONTRATISTA:
ANDRES RAUL MANRIQUE ALBA
CC: 80186784
CEL: 3138343022

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 SUPERVISION CONTRATO DE PRESTACION DE SERVICIOS Y DE APOYO A LA GESTIÓN**	**CÓDIGO:** **AP-IA-FT-077** **VERSIÓN: 2** **FECHA: 2024-09-16**

CELEBRADO ENTRE LA SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E Y					
NOMBRE DEL CONTRATISTA			**ANDRES RAUL MANRIQUE ALBA**		
NÚMERO DE DOCUMENTO DE IDENTIDAD:			**80.186.784**		
I. INFORMACION GENERAL DEL CONTRATO DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS					
OBJETO DEL CONTRATO:	PRESTAR SERVICIOS COMO BACHILLER 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 1338 2025**		**FECHA INICIO CONTRATO**	**2025/01/01**	
VALOR INICIAL DEL CONTRATO	$ 5.927.856				
VALOR TOTAL DEL CONTRATO INCLUIDO ADICIONES:	$ 12.451.142		**VALOR DE HONORARIOS PERÍODO A CERTIFICAR:**	$ 2.100.000	
N° DE INFORME:	5	**Nº CRP INICIAL:**	6050	**N° CDP INICIAL DEL CONTRATO**	3
PLAZO DEL CONTRATO INCLUYENDO PRORROGAS	SEIS (06) MESES				
PROCESO EN DONDE SE EJECUTARON LAS ACTIVIDADES:	DIRECCION FINANCIERA				
UNIDAD FUNCIONAL DE EJECUCIÓN DE ACTIVIDADES:	CENTRO DE SALUD OLAYA				
NOMBRE DEL SUPERVISOR:	RONALD AGUILAR GOMEZ				
II. MODIFICACIONES CONTRACTUALES					
N° DE MODIFICACIÓN:	(2)	**TIPO DE MODIFICACIÓN (ADICIÓN - PRÓRROGA):**		ADICION (X)	PRORROGA (X)
VALOR ADICIONADO	$ 223.286	**CDP DE LA ADICIÓN:** 816	**RP DE LA ADICIÓN:**	**TIEMPO PRORROGADO:**	VEINTIOCHO (28) DÍAS
VALOR ADICIONADO	$ 6.300.000	**CDP DE LA ADICIÓN:** 800	**RP DE LA ADICIÓN:** 11944	**TIEMPO PRORROGADO:**	DOS (02) MESES Y VEINTINUEVE
III. POLIZAS (SI APLICA)					
¿PACTÓ POLIZAS EN SU CONTRATO?	**SI**		**NO**	**X**	
N° DE PÓLIZA:		**NOMBRE DE LA ASEGURADORA:**			
FECHA DE LA PÓLIZA		**ACTO ADMINISTRATIVO DE APROBACIÓN:**			

ITEM	IV. 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	Se realiza facturas, egresos, cargues, soportar, admisionar en el sistema de información dinamica
2	REALICE VERIFICACION LINEA DE PAGO SEGÚN SEGURIDAD SOCIAL
3	REALICE ACTUALIZACION DATOS LOS USUARIOS EN DHG
4	REPORTE LOS CASO A TARABAJO SOCIAL CUANDO TENIAN DIFICUALTDES EN LA SEGURIDAD SOCIAL
5	REGISTRE Y COMFIRME ORDENES DE SERVICIOS PRESTADO EN DGH
6	SE VERIFICO CONTRA HISTORIA CLINICA LOS SERVICIO, PROCEDIMIENTO Y SE REGISTRO EN DGH GARANTIZANDO 100 % EL COBRO.
7	SE VERIFICO SOPORTE ANEXADOS POR EL AREA DE AUTORIZACIONES
8	SE REGISTRO EGRESO EN DGH EN EL LOS TIEMPO ESTIPULADO
9	ADJUNTE SOPORTE MANUALES, RECIBOS DE CAJA , SOPORTE DE AVANTAGE A REQUERIMIENTO.
10	GENERE FACTURAS
11	GENERE RECIBO DE CAJA EN DGH SEGÚN SU CONCEPTO

V. 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 (2025-05-01) AL (2025-05-31)

VI. INFORMACIÓN DE APORTES A SEGURIDAD SOCIAL

No. DE PLANILLA:	N° 1072584961	OPERADOR:	SIMPLE

CONCEPTO DEL PAGO	ENTIDAD	FECHA DE PAGO	VALOR PAGADO
SALUD:	FAMISANAR	2025/05/09	$ 178.000
PENSIÓN:	PORVENIR	2025/05/09	$ 227.800
RIESGOS LABORALES:	SURA	2025/05/09	$ 34.700
OTRO			
TOTAL PAGADO			$ 440.500

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:	*ANDRES RAUL MANRIQUE ALBA* *PS_1338_2025_589467-2025-05-19 08:06:00* **ANDRES RAUL MANRIQUE ALBA** **CC: 80186784** **CEL: 3138343022**
FIRMA DE QUIEN CONVALIDA EL CUMPLIMIENTO DE LAS OBLIGACIONES PARA EL PRESENTE PERIODO DE PAGO:	*RONALD AGUILAR GOMEZ* *PS_1338_2025_589467-2025-05-19 19:04:05* **RONALD AGUILAR GOMEZ** **CARGO:** **DIRECTOR FINANCIERO CODIGO 009 GRADO 05**
FIRMA DE QUIEN VALIDA:	*YAMILE CANO HERRERA* *PS_1338_2025_589467-2025-05-19 17:41:18* **YAMILE CANO HERRERA** **PERFIL:** **ESPECIALISTA EN CONTRATACION ESTATAL**