**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: (31-01-2026)** | | | | | |
| **NOMBRES Y APELLIDOS:** | **DANIEL ENRIQUE CASTILLO MENDIOLA** | | | **CC:** | **1030536760** |
| **CORREO ELECTRÓNICO:** | **KIKE1987@GMAIL.COM** | | | **TELÉFONO:** | **3246861548** |
| **DIRECCIÓN DOMICILIO:** | **KR 64 # 78A 24** | | | **CIUDAD:** | **BOGOTA** |
| **BANCO AL CUAL CONSIGNAR:** | **BANCO DAVIVIENDA S.A.** | **TIPO DE CUENTA:** | **AHORROS** | **N° CUENTA:** | **008400754381** |
| **DATOS DEL CONTRATO O ADICION Y PERIODO OBJETO DE PAGO** | | | | | |
| **Nº DEL CONTRATO:** | **PS 2947 2025** | **VALOR CORRESPONDIENTE AL PERIODO OBJETO DE COBRO** | | | **$ 3.934.560** |
| **FECHA DE INICIO CONTRATO** | **2025/01/01** | **FECHA DE TERMINACIÓN CONTRATO:** | | | **2026/01/31** |
| **PERIODO OBJETO DE COBRO:** | **DEL 2026/01/01 AL 2026/01/31** | | | | |

*DANIEL ENRIQUE CASTILLO MENDIOLA*
*PS_2947_2025_B4CBAA*

**NOMBRE Y FIRMA DEL CONTRATISTA:**
**DANIEL ENRIQUE CASTILLO MENDIOLA**
**CC: 1030536760**
**CEL: 3246861548**

| | | |
|---|---|---|
| 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**<br>**APOYO - GESTION DE CONTRATACIÓN**<br>**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<br>**VERSIÓN:** 2<br>**FECHA:** 2025-06-09 |

| | | | |
|---|---|---|---|
| **CELEBRADO ENTRE LA SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E Y** | | | |
| **DANIEL ENRIQUE CASTILLO MENDIOLA** | | | |
| | **CON C.C N°** | **1.030.536.760** | |
| **OBJETO DEL CONTRATO:** | PRESTAR SERVICIOS PROFESIONALES COMO TERAPEUTA RESPIRATORIO PARA DESARROLLAR ACTIVIDADES EN LA DIRECCION DE SERVICIOS COMPLEMENTARIOS DE LA SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E. | | |
| **CONTRATO DE PRESTACION DE SERVICIOS PROFESIONALES No.** | **PS 2947 2025** | **FECHA INICIO CONTRATO** | **2025/01/01** |
| **VALOR INICIAL DEL CONTRATO** | $ 16.487.680 | **No. HORAS EJECUTADAS** | **210** |
| **VALOR TOTAL DEL CONTRATO INCLUIDO ADICIONES:** | $ 60.742.112 | **VALOR DE HONORARIOS PERÍODO A CERTIFICAR:** | $ 3.934.560 |
| **PLAZO DEL CONTRATO INCLUYENDO PRORROGAS** | TRECE (13) MESES | | |
| **UNIDAD FUNCIONAL DE EJECUCIÓN DE ACTIVIDADES:** | HOSPITAL SANTA CLARA | | |
| **NOMBRE DEL SUPERVISOR:** | ANGELA MARIA MENDOZA MESA | | |

| **ITEM** | **II. ACTIVIDADES REALIZADAS EN EL PERIODO, DE ACUERDO CON EL OBJETO Y LAS OBLIGACIONES ESTABLECIDAS EN EL CONTRATO**<br>**(Deben ser coherentes con las obligaciones específicas del contrato realizadas durante el mes)** |
|---|---|
| 1 | Realice 221 sesiones de Terapia respiratoria, procedimientos diagnósticos y terapéuticos determinados dentro del plan de manejo, con un alto nivel científico, ético y humano, de una manera oportuna y pertinente, en correspondencia con las necesidades de los pacientes de la unidad de cuidado intensivo adulto. |
| 2 | Brinde 221 atenciones personalizadas y adaptadas a las necesidades de los pacientes, cumplí con los protocolos y guías de atención para garantizar que la atención sea pertinente y efectiva, documente en la historia clínica todas las sesiones de terapia respiratoria de la atención brindada con reporte de lo hecho en la atención |
| 3 | Conozco y cumplo con las políticas y procedimientos establecidos por la Sub Red Centro Oriente, incluyendo los reglamentos administrativos, técnicos, científicos y disciplinarios, conozco y cumplo los roles y responsabilidades asignados de la estructura orgánica de la Subred Centro Oriente, además conozco y cumplo la visión y misión de la Sub Red Centro Oriente |
| 4 | Realice 221 sesiones de terapia respiratoria que incluyen 70 cambios de insumos, 221 oximetrías, 221 desinfecciones en un total de 221 pacientes atendidos cumpliendo con un 99% de adherencia a los mismos en cuanto a educación a paciente y su documentación en la historia clínica |
| 5 | Se hace entrega de informe de producción mensual, entrega de objetivos y diligenciamiento de drives el día 05/enero/2026 |
| 6 | Realice registro completo y con calidad de la atención de 221 pacientes de la unidad de cuidado intensivo en las historias clínicas en el aplicativo Dinámica Gerencial, con los parámetros establecidos en la resolución 1995 de 1999 y los definidos por la Subred Integrada de Servicios de Salud Centro Oriente. |
| 7 | Garantice la privacidad de la historia clínica del paciente |
| 8 | Realice un adecuado uso de los equipos, instalaciones y recursos que otorga la subred centro oriente |
| 9 | Cumplí con las normas de bioseguridad, lavado de manos, uso de elementos de protección personal, procesos de limpieza y desinfección |
| 10 | Asistí a la unidad de cuidado intensivo adulto UCI 2 según me indico mi supervisora |

**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 (2026-01-01) AL (2026-01-31)

IV. INFORMACIÓN DE APORTES A SEGURIDAD SOCIAL

| No. DE PLANILLA: | N° 1078287016 | OPERADOR: | SIMPLE |
|---|---|---|---|

| CONCEPTO DEL PAGO | ENTIDAD | FECHA DE PAGO | VALOR PAGADO |
|---|---|---|---|
| SALUD: | SANITAS | 2025/12/31 | $ 213.600 |
| PENSIÓN: | COLPENSIONES | 2025/12/31 | $ 273.400 |
| RIESGOS LABORALES: | SEGUROS BOLIVAR | 2025/12/31 | $ 41.700 |
| OTRO | | | |
| TOTAL PAGADO | | | $ 528.700 |

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** | *DANIEL ENRIQUE CASTILLO MENDIOLA*<br>*PS_2947_2025_B4CBAA*<br>**DANIEL ENRIQUE CASTILLO MENDIOLA**<br>**CC: 1030536760** |
| **FIRMA DE QUIEN CONVALIDA EL CUMPLIMIENTO DE LAS OBLIGACIONES PARA EL PRESENTE PERIODO DE PAGO** | *ANGELA MARIA MENDOZA MESA*<br>*PS_2947_2025_B4CBAA*<br>**ANGELA MARIA MENDOZA MESA**<br>**SUPERVISOR DEL CONTRATO** |

## Transacción Aprobada

Su planilla ha sido enviada y pagada con éxito. Por favor imprima este comprobante como soporte del envío y pago de su planilla.

### Información de la Planilla Pagada

| | |
|---|---|
| **Nit de comercio Operador de Información** | 900097333-9 |
| **Razón Social del Operador de Información** | SIMPLE S.A. |
| **Descripción** | Pago de SuAporte |
| **Fecha** | 2025-12-31, 11:02:48 AM en horario extendido |
| **Periodo de Cotización Otros Riesgos** | diciembre de 2025 |
| **Periodo de Cotización Para Salud** | diciembre de 2025 |
| **Empresa** | DANIEL ENRIQUE CASTILLO MENDIOLA |
| **CEDULA CIUDADANIA** | CC 1030536760 |
| **Código Sucursal (Nombre)** | ( ) |
| **Referencia de Pago/ Número Planilla** | 1078287016 |
| **Tipo de Planilla** | I |
| **Número Transacción Bancaria/ CUS** | 2049743839 |
| **Banco** | (1051) - BANCO DAVIVIENDA |
| **Valor** | $ 528.700 |
| **Estado de la Transacción** | Aprobada |
| **Dirección IP de Origen** | www.simple.co |

| Nit | Código | Administradora | Número Afiliados | Valor sin Mora | Total Intéreses Mora |
|---|---|---|---|---|---|
| N900336004 | 25-14 | COLPENSIONES | 1 | $ 273.400 | $ 0 |
| N800251440 | EPS005 | SANITAS EPS | 1 | $ 213.600 | $ 0 |
| N860002503 | 14-7 | SEGUROS BOLIVAR SA | 1 | $ 41.700 | $ 0 |
| | | | | | |
| | | **SubTotales:** | | $ 528.700 | $ 0 |
| | | **Total a Pagar:** | | | $ 528.700 |



**Líneas de Servicio FonoSIMPLE: Bogotá 601 4446634 - Cali: 602 5540577 - Medellín: 604 5146669 - Bucaramanga: 607 6438000 - Cartagena: 605 6945444 - Pereira: 608 3402582 - Barranquilla: 605 3618850 - Resto del País: 018000 971 971 - ¡Más que Fácil, SIMPLE!**

**SIMPLE S.A. no se hace responsable de las planillas y pagos realizados a través de otros operadores de información dado que no tiene medios para corroborar la veracidad de la misma, su alcance se limita a replicar la información suministrada directamente por el cliente.**

**Antes de imprimir, asegúrese que sea realmente necesario. Proteger el medio ambiente está en nuestras manos.**

¡El Poder de lo SIMPLE!

1 Información general
2 Condiciones
3 Bienes y servicios
4 Documentos del Proveedor
5 Documentos del contrato
6 Información presupuestal
7 **Ejecución del Contrato**
8 Modificaciones del Contrato
9 Incumplimientos

# Datos guardados

Cancelar

< Evaluación de la Entidad Estatal >

**VER CONTRATO**

## Ejecución del Contrato

○ Porcentaje ○ Recepción de artículos

## Plan de Pagos

**¿Se requieren emisiones de códigos de autorización?** ○ Sí ◉ No

| Id de pago | Número de factura | Fecha de emisión | Fecha de recepción | Valor total de la factura | Estado |
|---|---|---|---|---|---|

*No existen resultados que cumplan con los criterios de búsqueda especificados*

Crear

## Documentos de ejecución del contrato

| | Descripción | Nombre del archivo | Cargado por | | |
|---|---|---|---|---|---|
| ☐ | PS 2947 CUENTA DE COBRO ENERO 2025.pdf | PS 2947 CUENTA DE COBRO ENERO 2025.pdf | Proveedor | Descargar | Detalle |
| | PS 2947..CUENTA DE COBRO FEBERO 2025.pdf (Archivado) | PS 2947..CUENTA DE COBRO FEBERO 2025.pdf | Proveedor | Descargar | Detalle |
| ☐ | PS 2947. CUENTRA DE COBRO FEBRERO 2025.pdf | PS 2947. CUENTRA DE COBRO FEBRERO 2025.pdf | Proveedor | Descargar | Detalle |

© VORTAL 2019 Términos de uso Normativa Soporte Remoto Ayuda Español (Colombia) **018000-52-0808** www.colombiacompra.gov.co/soporte Lunes a Viernes 7:00 a.m. a 7:00 p.m.

| | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| | PS 2947 CUENTA DE COBRO ABRIL 2025...pdf (Archivado) | PS 2947 CUENTA DE COBRO ABRIL 2025...pdf | Proveedor | Descargar | Detalle |
| ☐ | PS 2947 2025. CUENTA DE COBRO ABRIL 2025...pdf | PS 2947 2025. CUENTA DE COBRO ABRIL 2025...pdf | Proveedor | Descargar | Detalle |
| ☐ | PS 2947 2025 CUENTA COBRO MAYO 2025.pdf | PS 2947 2025 CUENTA COBRO MAYO 2025.pdf | Proveedor | Descargar | Detalle |
| ☐ | 1 PS 2947 2025 CRP-7213.pdf | 1 PS 2947 2025 CRP-7213.pdf | Comprador | Descargar | Detalle |
| ☐ | 2 PS 2947 2025 CRP-13351.pdf | 2 PS 2947 2025 CRP-13351.pdf | Comprador | Descargar | Detalle |
| ☐ | PS 2947 2025 CUENTA DE COBRO JUNIO 2025-.pdf | PS 2947 2025 CUENTA DE COBRO JUNIO 2025-.pdf | Proveedor | Descargar | Detalle |
| ☐ | PS 2947 2025 CUENTA DE COBRO JULIO 2025.pdf | PS 2947 2025 CUENTA DE COBRO JULIO 2025.pdf | Proveedor | Descargar | Detalle |
| ☐ | PS 2947 2025 CUENTA DE COBRO AGOSTO 2025.pdf | PS 2947 2025 CUENTA DE COBRO AGOSTO 2025.pdf | Proveedor | Descargar | Detalle |
| ☐ | 3 PS 2947 2025 CRP-18390.pdf | 3 PS 2947 2025 CRP-18390.pdf | Comprador | Descargar | Detalle |
| ☐ | PS 2947 2025 CUENTA DE COBRO SEPTIEMBRE 2025.pdf | PS 2947 2025 CUENTA DE COBRO SEPTIEMBRE 2025.pdf | Proveedor | Descargar | Detalle |
| ☐ | PS 2947 2025 CUENTA DE COBRO OCTUBRE 2025.pdf | PS 2947 2025 CUENTA DE COBRO OCTUBRE 2025.pdf | Proveedor | Descargar | Detalle |
| ☐ | PS 2947 2025 CUETNA DE COBRO NOVIEMBRE 2025.pdf | PS 2947 2025 CUETNA DE COBRO NOVIEMBRE 2025.pdf | Proveedor | Descargar | Detalle |
| ☐ | PS 2947 2025 CUENTA DE COBRO DICIEMBRE 2025.pdf | PS 2947 2025 CUENTA DE COBRO DICIEMBRE 2025.pdf | Proveedor | Descargar | Detalle |

Borrar Cargar nuevo

Cancelar

< Evaluación de la Entidad Estatal >