

DATOS DEL CONTRATISTA					
FECHA DE DILIGENCIAMIENTO: (31-01-2026)					
NOMBRES Y APELLIDOS:	MAURICIO ERNESTO PEREZ CHAMUCERO			CC:	1019060173
CORREO ELECTRÓNICO:	mauroperez1991@outlook.es			TELÉFONO:	3176813155
DIRECCIÓN DOMICILIO:	calle 64 a 57 23			CIUDAD:	BOGOTA
BANCO AL CUAL CONSIGNAR:	BANCOLOMBIA	TIPO DE CUENTA:	AHORROS	N° CUENTA:	04865951600
DATOS DEL CONTRATO O ADICION Y PERIODO OBJETO DE PAGO					
N° DEL CONTRATO:	PS 6195 2025	VALOR CORRESPONDIENTE AL PERIODO OBJETO DE COBRO		\$ 2.100.000	
FECHA DE INICIO CONTRATO	2025/08/15	FECHA DE TERMINACIÓN CONTRATO:		2026/01/31	
PERIODO OBJETO DE COBRO:	DEL 2026/01/01 AL 2026/01/31				



MAURICIO ERNESTO PEREZ CHAMUCERO
PS_6195_2025_05315C

NOMBRE Y FIRMA DEL CONTRATISTA:
MAURICIO ERNESTO PEREZ CHAMUCERO
CC: 1019060173
CEL: 3176813155

CELEBRADO ENTRE LA SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E Y
MAURICIO ERNESTO PEREZ CHAMUCERO

CON C.C N° 1.019.060.173

OBJETO DEL CONTRATO:	PRESTAR SERVICIOS DE APOYO A LA GESTION PARA DESARROLLAR ACTIVIDADES EN LA DIRECCI?N FINANCIERA DE LA SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E.
----------------------	--

CONTRATO DE PRESTACION DE SERVICIOS PROFESIONALES No.	PS 6195 2025	FECHA INICIO CONTRATO	2025/08/15
---	--------------	-----------------------	------------

VALOR INICIAL DEL CONTRATO	\$ 1.190.000	No. HORAS EJECUTADAS	0
----------------------------	--------------	----------------------	---

VALOR TOTAL DEL CONTRATO INCLUIDO ADICIONES:	\$ 13.790.000	VALOR DE HONORARIOS PERÍODO A CERTIFICAR:	\$ 2.100.000
--	---------------	---	--------------

PLAZO DEL CONTRATO INCLUYENDO PRORROGAS	SEIS (6) MESES
---	----------------

UNIDAD FUNCIONAL DE EJECUCIÓN DE ACTIVIDADES:	HOSPITAL MATERNO INFANTIL
---	---------------------------

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)
------	---

1

1.SE REALIZO ADMISION EN EL SISTEMA DE INFORMACION LOS PACIENTES QUE INGRESARON POR EL SERVICIO DE URGENCIAS EN LA UNIDAD QUE SE PRESTA LAS ACTIVIDADES CONTRATADAS 2. SE VERIFICARON LOS DERECHOS DEL PACIENTE FRENTE A LAS SEGURIDAD SOCIAL O AFILIACION DEL USUARIO DE LOS PACIENTES INGRESADOS A LA UNIDAD DURANTE EL PERIODO CERIFICADO 3. SE ACTUALIZARON LOS DATOS PERSONALES DEL USUARIO Y DATOS DEL ACUDIENTE EN EL SISTEMA DE INFORMACION .4. SE REPORTARON POR CORREO ELECTRONICO AL AREA DE TRABAJO SOCIAL, LOS PACIENTES QUE CUENTAN CON DIFICULTAD DE IDENTIFICACION DE LOS PACIENTES QUE SE ENCUENTRARON EN ATENCION MEDICA EN EL SERVICIO DE URGENCIAS. 5. SE REVISARON LAS RESPUESTAS Y SOPORTES EMITIDOS POR PARTE DEL AREA DE TRABAJO SOCIAL (PARTICIPACION SOCIAL Y ATENCION AL USUARIO) EN CUANTO A IDENTIFICACION O CLASIFICACION DEL PACIENTE. 6. SE RECEPCIONARON, SE REGISTRARON Y SE CONFIRMARON LAS ORDENES DE SERVICIO DE LA CONSULTA O LA OBSERVACION DE URGENCIAS. 7. SE REVISO EL ESTADO DE CUENTA DEL PACIENTE CONTRA HISTORIA CLINICA, Y SE REVISO QUE SE ENCUENTRE TODAS LAS ACTIVIDADES Y PROCEDIMIENTOS REALIZADOS EN ESTADO REGISTRADO Y CONFIRMADO EN EL SISTEMA DE INFORMACION, GARANTIZANDO COBRO DENTRO DE LA FACTURA ELECTRONICA DE VENTA O REGISTRO DE SERVICIOS. 8. SE VERIFICO Y SE ADJUNTARON LOS SOPORTES DE TECNOLOGIAS NO INCLUIDAS EN EL PLAN DE BENEFICIOS REPORTADAS AL ENTE RESPECTIVO (MIPRES). 9. SE VERIFICO Y SE ADJUNTARON LOS SOPORTES ENTREGADO POR EL AREA DE AUTORIZACIONES DE TRAMITE SEGUN ACUERDO DE VOLUNTADES Y NORMATIVIDAD VIGENTE. 10. SE REALIZO EGRESO DE MANETRA OPORTUNA DE LOS PACIENTES DEL SISTEMA DE INFORMACION, UNA VEZ SE NOTIFICO ORDEN DE SALIDA POR EL AREA ASISTENCIAL. 11. SE GENERO ORDEN DE SALIDA EN SISTEMA DE INFORMACION, SE FIRMARON Y SE ENTREGO COPIA AL USUARIO Y POSTERIORMENTE SE SUBIO A LA CARPETA DE REQUERIMIENTOS. 12. SE ELABORARON LAS FACTURAS DE LOS PACIENTES DE URGENCIAS Y OBSERVACION Y RECIBO DE CAJA OPORTUNAMENTE DE ACUERDO A LA ATENCION PRESTADA AL PACIENTE, ACUERDO DE VOLUNTADES Y NORMATIVIDAD VIGENTE 13. SE LEGALIZARON LOS DINEROS RECIBIDOS POR CONCEPTO DE COPAGO O CUOTA DE RECUPERACION QUE HAGAN LOS USUARIOS, EN SISTEMA DE INFORMACION Y ANTE EL AREA DE TESORERIA. 14. SE CORREGIO DENTRO DE LAS 48 HORAS SIGUIENTES A SU RECEPCION, LAS DEVOLUCIONES QUE HACE EL ANALISTA DE CUENTAS. 15. SE BRINDO EL APOYO NECESARIO Y SE REALIZARON LOS PLANES DE CONTINGENCIA EN EL MOMENTO EN QUE NO SE CUENTE CON EL SISTEMA DE INFORMACION Y/O BASES DE DATOS AFINES. 16. SE ASISTIO A LAS REUNIONES Y CAPACITACIONES PROGRAMADAS POR EL AREA. 17. REALICE LAS DEMAS ACTIVIDADES RELACIONADAS CON EL OBJETO CONTRACTUAL QUE ASIGNO EL SUPERVISOR DEL CONTRATO. 18. PARTICIPE EN TODAS LAS REUNIONES Y CAPACITACIONES PROGRAMADAS POR LA SUBRED.SEGÚN SEA DESIGNADO. 19. CORREGI DENTRO DE LAS 48 HORAS SIGUIENTES A SU RECEPCION, LAS DEVOLUCIONES QUE HACE EL ANALISTA DE CUENTAS.20. BRINDE EL APOYO NECESARIO Y REALICE PLANES DE CONTINGENCIA EN EL MOMENTO EN QUE NO SE CUENTE CON EL SISTEMA DE INFORMACION Y/O BASES DE DATOS AFINES.21. RECEPCIONE, DISTRIBUI Y REALICE SEGUIMIENTO DE PRE FACTURAS ENVIADAS AL PROCESO DE LIQUIDACION DE LOS SERVICIOS DE HOSPITALIZACION Y CIRUGIA AMBULATORIA.22. REALICE ACTUALIZACION EN CUANTO A LA NORMATIVIDAD VIGENTE EN EL SGSSS Y ASISTIR A LAS REUNIONES Y CAPACITACIONES PROGRAMADAS POR EL AREA.23. REALICE LAS DEMAS ACTIVIDADES RELACIONADAS CON EL OBJETO CONTRACTUAL QUE ASIGNE EL SUPERVISOR DEL CONTRATO. 24. PARTICIPE EN TODAS LAS REUNIONES Y CAPACITACIONES PROGRAMADAS POR LA SUBRED. 24. REALICE ACOMPAÑAMIENTO Y CAPACITACION AL TALENTO HUMANO SEGUN SEA DESIGNADO. 25. CON LA FIRMA DEL CONTRATO, ACEPTO QUE AL MOMENTO DE ENTREGAR EL DINERO RECAUDADO EN LA VENTANILLA, PRESENTARA ALGUNA DIFERENCIA O AUSENCIA DEL MISMO, ESTE SERÁ DESCONTADO DE LOS HONORARIOS QUE SE CERTIFIQUEN EN EL MES CORRESPONDIENTE AL FALTANTE.

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° 2636922	OPERADOR:	MI PLANILLA
CONCEPTO DEL PAGO	ENTIDAD	FECHA DE PAGO	VALOR PAGADO
SALUD:	SANITAS	2026/01/19	\$ 178.000
PENSIÓN:	PROTECCION	2026/01/19	\$ 227.800
RIESGOS LABORALES:	SURA	2026/01/19	\$ 34.700
OTRO			
TOTAL PAGADO			\$ 440.500

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 ningún 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	 MAURICIO ERNESTO PEREZ CHAMUCERO PS_6195_2025_05315C MAURICIO ERNESTO PEREZ CHAMUCERO CC: 1019060173
FIRMA DE QUIEN VALIDA	 YAMILE CANO HERRERA PS_6195_2025_05315C 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_6195_2025_05315C ANDRES FELIPE GUZMAN CRUZ SUPERVISOR DEL CONTRATO

DATOS DEL APORTANTE						
TIPO	NÚMERO	NOMBRE APORTANTE		DIRECCIÓN	TELÉFONO	CORREO
CC	1019060173	MAURICIO ERNESTO PEREZ CHAMUCERO		calle 64a 57 23	8275587	mauroperez1991@outlook.es
FORMA PRESENTACIÓN	CLASE APORTANTE	NOMBRE SUCURSAL	CÓDIGO	DEPARTAMENTO	CIUDAD / MUNICIPIO	
ÚNICA	I – Independiente			BOGOTÁ D. C.	BOGOTÁ, D.C.	
EXONERADO PAGO PARAFISCALES Y SALUD						NO

DATOS DE LA PLANILLA					
PLANILLA ASOCIADA	FECHA PAGO ASOCIADA (DIA/MES/AÑO)	TIPO PLANILLA	FECHA PAGO (DIA/MES/AÑO)	NÚMERO PLANILLA	CANTIDAD
					EMPLEADOS
PERIODO SALUD	PERIODO PENSIONES				UPC
2025-12	2025-12	I	19/01/2026	2636922	\$440.500

TOTALES POR SUBSISTEMAS

TOTALES SALUD													
Código EPS	Nombre	NIT	Cotización Obligatoria	UPC Adicional	Incapacidades		Licencia Maternidad		Días Mora	Valor Mora Cotización	Valor Mora UPC	Total a Pagar	No. Afiliados
					No. Autorización	Valor	No. Autorización	Valor					
EPS005	Sanitas EPS	800251440-6	178.000	0		0		0	0	0	0	178.000	1

TOTALES PENSIÓN												
Código AFP	Nombre	NIT	Cotización Obligatoria	Aporte Voluntario Afiliado	Aporte Voluntario Aportante	Aporte FSP - Solidaridad	Aporte FSP - Subsistencia	Días Mora	Valor Mora Cotización	Valor Mora FSP	Total a Pagar	No. Afiliados
230201	Proteccion (ING + Proteccion)	800229739-0	227.800	0	0	0	0	0	0		227.800	1

TOTALES RIESGOS LABORALES															
Código ARL	Nombre	NIT	Cotización Obligatoria	Incapacidades		Aportes Otros Sistemas	Valor Neto Cotización	Días Mora	Valor Mora Cotización	Subtotal Cotización	No. Radicado Saldo a Favor	Valor Saldo a Favor	Fondo Solidaridad	Total a Pagar	No. Afiliados
				No. Autorización	Valor										
14-11	ARL SURA	890903790-5	34.700				34.700	0	0	34.700			347	34.700	1

TOTALES CAJAS							
Código CCF	Nombre	NIT	Valor Aporte	Días Mora	Valor Mora Aporte	Total a Pagar	No. Afiliados

TOTALES PARAFISCALES				
Valor Aporte	Días Mora	Valor Mora Aporte	Total a Pagar	No. Afiliados
SENA				
0	0	0	0	0
ICBF				
0	0	0	0	0
ESAP				
MEN				

TOTALES POR SUBSISTEMA			
Tipo Administradora	No. Administradoras Reportadas	Valor antes de IGE, LMA, IRP y Mora	Total a Pagar
Salud	1	178.000	178.000
Pensión	1	227.800	227.800
Riesgos Laborales	1	34.700	34.700
CCF	0	0	0
ESAP	0	0	0
ICBF	0	0	0
MEN	0	0	0
SENA	0	0	0
TOTALES	3	440.500	440.500

DATOS DEL APORTANTE						
TIPO	NÚMERO	NOMBRE APORTANTE		DIRECCIÓN	TELÉFONO	CORREO
CC	1019060173	MAURICIO ERNESTO PEREZ CHAMUCERO		calle 64a 57 23	8275587	mauroperez1991@outlook.es
FORMA PRESENTACIÓN	CLASE APORTANTE	NOMBRE SUCURSAL	CÓDIGO	DEPARTAMENTO	CIUDAD / MUNICIPIO	
ÚNICA	I – Independiente			BOGOTÁ D. C.	BOGOTÁ, D.C.	
						EXONERADO PAGO PARAFISCALES Y SALUD
						NO

DATOS DE LA PLANILLA					
PLANILLA ASOCIADA	FECHA PAGO ASOCIADA (DIA/MES/AÑO)	TIPO PLANILLA	FECHA PAGO (DIA/MES/AÑO)	NÚMERO PLANILLA	CANTIDAD
					EMPLEADOS
PERIODO SALUD	PERIODO PENSIONES				UPC
2025-12	2025-12	I	19/01/2026	2636922	\$440.500

DETALLE POR COTIZANTE																																																
INFORMACIÓN COTIZANTE										INFORMACIÓN NOVEDADES							PENSIÓN							SALUD			RIESGOS LABORALES			CCF			PARAFISCALES															
No.	Tipo	No. de Identificación	Apellidos y Nombres	Cotizante	Subjeto	Exonerado	Columna exterior	Exonerado	ING	RET	TDE	TAE	TDP	TAP	VBP	VBT	SILN	IOE	IVA	IVA	AVP	VCT	IRL	CONEXIÓN	Cód. AFP	IBC AFP	Cotización	Voluntari o Afiliado	Voluntario Aportante	Fondo pensional de solidaridad	Fondo pensional de subsistencia	Cód. EPS	IBC EPS	Cotización / Valor UPC	Cód. ARL	IBC ARL	Clase de Riesgo	Cotización	Código CCF	IBC CCF	Aporte CCF	IBC otros parafiscales	Aporte SENA	Aporte ICBF	Aporte ESAP	Aporte MEN		
1	CC	1019060173	PEREZ CHAMUCERO MAURICIO ERNESTO	59	0		N																		230201	1.423.500	227.800	0	0		0	0	EPS005	1.423.500	178.000	14-11	1.423.500	3	34.700		0	0	0	0	0	0	0	0

PAGADA