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: (28-02-2026)					
NOMBRES Y APELLIDOS:	**JEIMMY JOHANNA VERDUGO CAMPOS**			**CC:**	**1023908143**
CORREO ELECTRÓNICO:	**JJVERDUGOC17@GMAIL.COM**			**TELÉFONO:**	**3022624191**
DIRECCIÓN DOMICILIO:	**CL 20 A SUR 7 39**			**CIUDAD:**	**BOGOTA**
BANCO AL CUAL CONSIGNAR:	**BANCO DAVIVIENDA S.A.**	**TIPO DE CUENTA:**	**AHORROS**	**N° CUENTA:**	**008480371072**
DATOS DEL CONTRATO O ADICION Y PERIODO OBJETO DE PAGO					
Nº DEL CONTRATO:	**PS 1660 2026**	**VALOR CORRESPONDIENTE AL PERIODO OBJETO DE COBRO**			**$ 2.667.879**
FECHA DE INICIO CONTRATO	**2026/02/03**	**FECHA DE TERMINACIÓN CONTRATO:**			**2026/05/31**
PERIODO OBJETO DE COBRO:	**DEL 2026/02/03 AL 2026/02/28**				

JEIMMY JOHANNA VERDUGO CAMPOS
PS_1660_2026_A46A96

NOMBRE Y FIRMA DEL CONTRATISTA:
JEIMMY JOHANNA VERDUGO CAMPOS
CC: 1023908143
CEL: 3022624191

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			
JEIMMY JOHANNA VERDUGO CAMPOS			
	CON C.C N°	**1.023.908.143**	
OBJETO DEL CONTRATO:	PRESTAR SERVICIOS COMO TECNICO DE APOYO A LA GESTION III 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 1660 2026**	**FECHA INICIO CONTRATO**	**2026/02/03**
VALOR INICIAL DEL CONTRATO	$ 11.492.400	**No. HORAS EJECUTADAS**	**0**
VALOR TOTAL DEL CONTRATO INCLUIDO ADICIONES:	$ 11.492.400	**VALOR DE HONORARIOS PERÍODO A CERTIFICAR:**	$ 2.667.879
PLAZO DEL CONTRATO INCLUYENDO PRORROGAS	CUATRO (4) MESES		
UNIDAD FUNCIONAL DE EJECUCIÓN DE ACTIVIDADES:	HOSPITAL SAN BLAS		
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 Genere reporte semanal del detallado de facturación y ordenes de salidas del día inmediatamente anterior, mediante un descargue detallado de facturación y ordenes de salidas, el cual fue consolidado en el DRIVE-el cual está en el correo de soporteautorizaciones2@gmail.com
2	2 Verifique que lo facturado cuente con las autorizaciones según los servicios prestados, y/o gestión correspondiente según lo establecido en la Resolución 3047 del 2008, y las particularidades de cada una de la EAPB, Soportes subidos en Dinámica Gerencial-Requerimientos y observaciones en el DRIVE por cada factura y/o orden de salida
3	3 Reporte diariamente al área de facturación los casos que presente diferencias entre lo facturado vs prestado vs autorizado, con el fin que se realicen los ajustes al que haya lugar los cuales fueron reportados al correo auditoriafacturacion@subredcentrooriente.gov.co
4	4 Verifique que se encuentren los soportes administrativos de la revisión de las bases de datos (DNP, ADRES, COMPROBADOR DE DERECHOS, LMA, COMPENSADOS VERIFICADORES DE EAPB), para confirmar la EAPB.
5	5 Adjunte soportes de gestión de autorizaciones (Urgencias, Estancias y/o Procedimientos), de los ingresos realizados por Urgencias, Hospitalización y/o de programación de procedimientos ambulatorios en Dinámica Gerencial.
6	6 Realice reporte diario a cada servicio de los casos que presente inconsistencia (Autorizaciones), esto con el fin de que se subsanen por parte de las unidades
7	Realice las demás actividades relacionadas con el objeto contractual que asigne el supervisor de contrato.
8	Asistí a las capacitaciones y reuniones programadas por el área y/o las instituciones como FONDO FINANCIERO

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 (2026-02-03) AL (2026-02-28)

IV. INFORMACIÓN DE APORTES A SEGURIDAD SOCIAL

No. DE PLANILLA:	N° 6002215640	OPERADOR:	SOI
CONCEPTO DEL PAGO	ENTIDAD	FECHA DE PAGO	VALOR PAGADO
SALUD:	COMPENSAR	2026/02/11	$ 218.900
PENSIÓN:	PORVENIR	2026/02/11	$ 280.200

RIESGOS LABORALES:	SEGUROS BOLIVAR	2026/02/11	$ 42.700
OTRO			
TOTAL PAGADO			$ 541.800

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	*JEIMMY JOHANNA VERDUGO CAMPOS* *PS_1660_2026_A46A96* **JEIMMY JOHANNA VERDUGO CAMPOS** **CC: 1023908143**
FIRMA DE QUIEN VALIDA	*YENI ROCIO AVILA RONDON* *PS_1660_2026_A46A96* **YENI ROCIO AVILA RONDON** **SUPERVISOR ALTERNO**
FIRMA DE QUIEN CONVALIDA EL CUMPLIMIENTO DE LAS OBLIGACIONES PARA EL PRESENTE PERIODO DE PAGO	*ANDRES FELIPE GUZMAN CRUZ* *PS_1660_2026_A46A96* **ANDRES FELIPE GUZMAN CRUZ** **SUPERVISOR DEL CONTRATO**

LIQUIDACIÓN	TOTALES			
COTIZACIÓN	APORTES	MORA	DESCUENTO	VALOR PAGADO
$ 42.700	$ 42.700	$ 0	$ 0	$ 42.700
	$ 42.700	**$ 0**	**$ 0**	**$ 42.700**

	No. COTIZANTES	TOTALES		
		APORTES	MORA	VALOR PAGADO
	1	$ 35.100	$ 0	$ 35.100
		$ 35.100	**$ 0**	**$ 35.100**

							PARAFISCALES						
		ARP							CCF		SENA	ICBF	ESAP	MINEDU
VALOR ADRES	TOTAL APORTE	ADMIN	DÍAS COT	IBC	CENTRO DE TRABAJO	TOTAL APORTE	DÍAS COT	IBC	ADMIN	TOTAL APORTE	TOTAL APORTE	TOTAL APORTE	TOTAL APORTE	TOTAL APORTE
$ 0	$ 218.900	14-7-SEGUROS BOLIVAR S.A	30	$ 1.750.905	102390814	$ 42.700	30	$ 1.750.905	CCF24-COMPENSAR	$ 35.100	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0

TOTAL PAGADO:	**$ 576.900**