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: (31-03-2026)					
NOMBRES Y APELLIDOS:	**JULIO CESAR LOPEZ RAMIREZ**			**CC:**	**5822778**
CORREO ELECTRÓNICO:	**JULIOCESARLOPEZR@HOTMAIL.COM**			**TELÉFONO:**	**3017150794**
DIRECCIÓN DOMICILIO:	**KR 12 169 50 MZ 36 CS 47 VILLAS DE ARANJUEZ**			**CIUDAD:**	**BOGOTA**
BANCO AL CUAL CONSIGNAR:	**BANCOLOMBIA**	**TIPO DE CUENTA:**	**AHORROS**	**N° CUENTA:**	**15369332969**
DATOS DEL CONTRATO O ADICION Y PERIODO OBJETO DE PAGO					
Nº DEL CONTRATO:	**PS 2835 2026**	**VALOR CORRESPONDIENTE AL PERIODO OBJETO DE COBRO**			**$ 4.570.800**
FECHA DE INICIO CONTRATO	**2026/02/01**	**FECHA DE TERMINACIÓN CONTRATO:**			**2026/05/31**
PERIODO OBJETO DE COBRO:	**DEL 2026/03/01 AL 2026/03/31**				

JULIO CESAR LOPEZ RAMIREZ
PS_2835_2026_2E3602

NOMBRE Y FIRMA DEL CONTRATISTA:
JULIO CESAR LOPEZ RAMIREZ
CC: 5822778
CEL: 3017150794

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			
JULIO CESAR LOPEZ RAMIREZ			
CON C.C N°	**5.822.778**		
OBJETO DEL CONTRATO:	PRESTAR SERVICIOS COMO MEDICO GENERAL PARA DESARROLLAR ACTIVIDADES EN LA DIRECCION DE SERVICIOS DE URGENCIAS DE LA SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E.		
CONTRATO DE PRESTACION DE SERVICIOS PROFESIONALES No.	**PS 2835 2026**	**FECHA INICIO CONTRATO**	**2026/02/01**
VALOR INICIAL DEL CONTRATO	$ 28.338.960	**No. HORAS EJECUTADAS**	**120**
VALOR TOTAL DEL CONTRATO INCLUIDO ADICIONES:	$ 28.338.960	**VALOR DE HONORARIOS PERÍODO A CERTIFICAR:**	$ 4.570.800
PLAZO DEL CONTRATO INCLUYENDO PRORROGAS	CUATRO (4) MESES		
UNIDAD FUNCIONAL DE EJECUCIÓN DE ACTIVIDADES:	HOSPITAL SAN BLAS		
NOMBRE DEL SUPERVISOR:	JOHON JAIRO RODRIGUEZ APONTE		

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	REALICÉ EL RECIBO Y LA ENTREGA DE TURNO CONFORME A LOS PROTOCOLOS VIGENTES DE LA ENTIDAD, NOTIFICANDO OPORTUNAMENTE AL REFERENTE DE REFERENCIA CUALQUIER NOVEDAD OCURRIDA DURANTE LA PRESTACIÓN DEL SERVICIO.
2	ELABORÉ LA HISTORIA CLINICA CONFORME A LA NORMATIVA COLOMBIANA VIGENTE, DE ACUERDO CON LA RESOLUCIÓN 1995 DE 1999 Y UTILIZANDO EL FORMATO DE REGISTRO DE ATENCIÓN PARA TRASLADO ASISTENCIAL SECUNDARIO (CODIGO: MI-UR-FT-017), ASI COMO EL FORMATO LISTA DE CHEQUEO TRASLADO ASISTENCIAL (MI-UR-FT-015), ASEGURANDO SIEMPRE LA CLARIDAD Y EXACTITUD DE LA INFORMACIÓN REGISTRADA.
3	BRINDÉ INFORMACIÓN Y ORIENTACIÓN AL PACIENTE Y A SU FAMILIA ACERCA DE LA CONDICIÓN CLÍNICA, LOS PLANES DE MANEJO Y LAS RECOMENDACIONES, ASÍ COMO RESOLVER CUALQUIER INQUIETUD RELACIONADA CON EL PROCESO DE TRASLADO.
4	PARTICIPÉ DE MANERA ACTIVA Y COMPROMETIDA EN LAS CAPACITACIONES, COMITES, REUNIONES Y ACTIVIDADES DE SERVICIO ORGANIZADAS POR LA OFICINA DE REFERENCIA Y CONTRARREFERENCIA, ASI COMO POR LA DIRECCIÓN DE URGENCIAS.
5	GARANTICÉ LA CONFIDENCIALIDAD DE LA INFORMACIÓN Y LA INTEGRIDAD DE LOS REGISTROS CLINICOS.
6	REALICÉ EL CONTROL, CONSERVACIÓN Y REGISTRO ADECUADO DE LOS EQUIPOS, INSUMOS Y CAMILLA DE LA AMBULANCIA, UTILIZANDO LOS FORMATOS INSTITUCIONALES CORRESPONDIENTES Y SIGUIENDO LOS PROTOCOLOS ESTABLECIDOS LOS PRIMEROS 7 PRIMEROS DIAS DEL MES, FORMATOS MI-UR-FT-032 AMBULANCIA BASICA Y MI-UR-FT-033 AMBULANCIA MEDICALIZADA.
7	CONOCÍ Y CUMPLÍ LA POLITICA DE SEGURIDAD DEL PACIENTE, ASI COMO REPORTAR EVENTOS ADVERSOS E INCIDENTES.
8	COMUNIQUÉ OPORTUNAMENTE AL SUPERVISOR DEL CONTRATO CUALQUIER SITUACIÓN QUE PUEDA IMPACTAR EL CUMPLIMIENTO DE LAS OBLIGACIONES CONTRACTUALES, CON EL FIN DE PERMITIR LA TOMA DE DECISIONES ADECUADAS Y GARANTIZAR LA CONTINUIDAD EN LA PRESTACIÓN DEL SERVICIO.
9	RECIBÍ Y ENTREGUE AL PACIENTE CON EL PROFESIONAL DE ENFERMERIA Y/O MEDICO DEL SERVICIO CORRESPONDIENTE, SEGUN LA UNIDAD DE ORIGEN Y DESTINO, BRINDANDO ATENCION ADECUADA TANTO AL PACIENTE COMO A SU FAMILIA, MANTENIENDO EL RESPETO POR LA DIGNIDAD HUMANA.
10	GARANTICÉ EL USO CORRECTO Y RESPONSABLE DEL RADIO DE COMUNICACIONES DE LA AMBULANCIA, ASEGURANDOSE DE MANTENER UNA COMUNICACIÓN CONSTANTE Y FLUIDA CON LA BASE. INFORMAR DE MANERA OPORTUNA Y PRECISA CUALQUIER NOVEDAD, INCIDENTE O SITUACION RELEVANTE QUE OCURRA DURANTE LA PRESTACIÓN DEL SERVICIO, TANTO AL INICIO COMO AL FINAL DE CADA TURNO, ASI COMO DURANTE EL DESARROLLO DE LAS ACTIVIDADES ASIGNADAS.
11	CUMPLÍ LAS DEMAS ACTIVIDADES RELACIONADAS CON EL CARGO QUE FUERÓN ASIGNADAS POR EL SUPERVISOR DEL CONTRATO.
12	REALICÉ 48 HORAS DE INCAPACIDAD DEL DR CORREDOR

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 (2026-03-01) AL (2026-03-31)

IV. INFORMACIÓN DE APORTES A SEGURIDAD SOCIAL

No. DE PLANILLA:	N° 9502222547	OPERADOR:	APORTES EN LINEA

CONCEPTO DEL PAGO	ENTIDAD	FECHA DE PAGO	VALOR PAGADO
SALUD:	SANITAS	2026/03/26	$ 457.100
PENSIÓN:	PORVENIR	2026/03/26	$ 585.100
RIESGOS LABORALES:	SURA	2026/03/26	$ 0
OTRO			
TOTAL PAGADO			$ 1.042.200

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	*JULIO CESAR LOPEZ RAMIREZ* *PS_2835_2026_2E3602* **JULIO CESAR LOPEZ RAMIREZ** **CC: 5822778**
FIRMA DE QUIEN CONVALIDA EL CUMPLIMIENTO DE LAS OBLIGACIONES PARA EL PRESENTE PERIODO DE PAGO	*JOHON JAIRO RODRIGUEZ APONTE* *PS_2835_2026_2E3602* **JOHON JAIRO RODRIGUEZ APONTE** **SUPERVISOR DEL CONTRATO**

aportes en línea

Resumen General de Pago

DATOS GENERALES DEL APORTANTE

Identificación	dv	Razon Social	Clase Aportante	Sucursal Principal	Direccion	Ciudad-Departamento	Teléfono	Exonerado SENA e ICBF
CC 5822778		LOPEZ RAMIREZ JULIO CESAR	INDEPENDIENTE	PRINCIPAL	calle 18 16 30	IBAGUE-TOLIMA	2611471	No

DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION

Periodo		Clave		Tipo	Fecha		Pago		
Pensión	Salud	Pago	Planilla	Planilla	Limite	Pago	Banco	Dias Mora	Valor
2026-02	2026-02	170819337	9502222547	I	2026/03/18	2026/03/26	NEQUI	8	$1,047,700

LIQUIDACION DETALLADA DE APORTES

EMPLEADO					PENSION		SALUD				CCF				RIESGOS				PARAFISCALES		
No.	Identificación	Nombres	Codigo	Días	IBC	Aporte	Codigo	Días	IBC	Aporte	Codigo	Días	IBC	Aporte	Codigo	Días	IBC	Aporte	Días	IBC	Aporte
Sucursal: PRINCIPAL (1 Afiliados)					$3,656,640	$585,100			$3,656,640	$457,100			$0	$0			$0	$0		$0	$0
Centro de Trabajo: PRINCIPAL (1 Afiliados)					$3,656,640	$585,100			$3,656,640	$457,100			$0	$0			$0	$0		$0	$0
Ciudad: IBAGUE Depto: TOLIMA (1 Afiliados)					$3,656,640	$585,100			$3,656,640	$457,100			$0	$0			$0	$0		$0	$0
1	CC	5822778	LOPEZ JULIO	230301	30	$3,656,640	$585,100	EPS005	30	$3,656,640	$457,100		0	$0	$0		0	$0	$0	0	$0	$0
Total		**Afiliados(1)**				$3,656,640	$585,100			$3,656,640	$457,100			$0	$0			$0	$0		$0	$0

aportes en línea

Resumen General de Pago

DATOS GENERALES DEL APORTANTE

Identificación	dv	Razon Social	Clase Aportante	Sucursal Principal	Direccion	Ciudad-Departamento	Teléfono	Exonerado SENA e ICBF
CC 5822778		LOPEZ RAMIREZ JULIO CESAR	INDEPENDIENTE	PRINCIPAL	calle 18 16 30	IBAGUE-TOLIMA	2611471	No

DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION

Periodo		Clave		Tipo	Fecha		Pago		
Pensión	Salud	Pago	Planilla	Planilla	Limite	Pago	Banco	Dias Mora	Valor
2026-02	2026-02	170819337	9502222547	I	2026/03/18	2026/03/26	NEQUI	8	$1,047,700

RESUMEN DE PAGO

RIESGO	CODIGO	NIT	DV	AFILIADOS	VALOR LIQUIDADO	INTERESES MORA	SALDOS E INCAPACIDADES	VALOR A PAGAR
AFP (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$585,100	$3,100	$0	$588,200
PORVENIR	230301	800,224,808	8	1	$585,100	$3,100	$0	$588,200
EPS (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$457,100	$2,400	$0	$459,500
SANITAS	EPS005	800,251,440	6	1	$457,100	$2,400	$0	$459,500
TOTAL				**1**	**$1,042,200**	**$5,500**	**$0**	**$1,047,700**