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:	**CRISTHIAN CAMILO FUENTES BRAVO**			**CC:**	**1019063264**
CORREO ELECTRÓNICO:	**CRFUENTES@UAN.EDU.CO**			**TELÉFONO:**	**3045505828**
DIRECCIÓN DOMICILIO:	**CL 152A 101A 45**			**CIUDAD:**	**BOGOTA**
BANCO AL CUAL CONSIGNAR:	**BANCO CAJA SOCIAL**	**TIPO DE CUENTA:**	**AHORROS**	**N° CUENTA:**	**24094771240**
DATOS DEL CONTRATO O ADICION Y PERIODO OBJETO DE PAGO					
Nº DEL CONTRATO:	**PS 1570 2026**	**VALOR CORRESPONDIENTE AL PERIODO OBJETO DE COBRO**			**$ 8.455.980**
FECHA DE INICIO CONTRATO	**2026/02/01**	**FECHA DE TERMINACIÓN CONTRATO:**			**2026/05/31**
PERIODO OBJETO DE COBRO:	**DEL 2026/02/01 AL 2026/02/28**				

CRISTHIAN CAMILO FUENTES BRAVO
PS_1570_2026_71E495

NOMBRE Y FIRMA DEL CONTRATISTA:
CRISTHIAN CAMILO FUENTES BRAVO
CC: 1019063264
CEL: 3045505828

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			
CRISTHIAN CAMILO FUENTES BRAVO			
	CON C.C N°	**1.019.063.264**	
OBJETO DEL CONTRATO:	PRESTAR SERVICIOS COMO MEDICO GENERAL PARA DESARROLLAR ACTIVIDADES EN LA DIRECCION DE SERVICIOS HOSPITALARIOS-MEDICINA DE LA SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E.		
CONTRATO DE PRESTACION DE SERVICIOS PROFESIONALES No.	**PS 1570 2026**	**FECHA INICIO CONTRATO**	**2026/02/01**
VALOR INICIAL DEL CONTRATO	$ 28.338.960	**No. HORAS EJECUTADAS**	**222**
VALOR TOTAL DEL CONTRATO INCLUIDO ADICIONES:	$ 28.338.960	**VALOR DE HONORARIOS PERÍODO A CERTIFICAR:**	$ 8.455.980
PLAZO DEL CONTRATO INCLUYENDO PRORROGAS	CUATRO (4) MESES		
UNIDAD FUNCIONAL DE EJECUCIÓN DE ACTIVIDADES:	HOSPITAL SAN BLAS		
NOMBRE DEL SUPERVISOR:	JORGE EDUARDO CARO CARO		

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.REALIZAR LAS ACTIVIDADES, PROCEDIMIENTOS DIAGNOSTICOS Y TERAPEUTICOS DETERMINADOS DENTRO DEL PLAN DE MANEJO DE SU ESPECIALIDAD, CON ALTO NIVEL CIENTIFICO, ETICO Y HUMANO, GARANTIZANDO UNA ATENCION OPORTUNA, SEGURA, EMPATICA Y CENTRADA EN EL PACIENTE, RESPETANDO SU DIGNIDAD, AUTONOMIA, CREENCIAS, VALORES Y NECESIDADES BIOPSICOSOCIALES, PROCURANDO SIEMPRE EL MEJORAMIENTO DE SU ESTADO DE SALUD Y BIENESTAR INTEGRAL. 2. BRINDAR ATENCION EN SALUD CON OPORTUNIDAD, INTEGRALIDAD, SUFICIENCIA Y PERTINENCIA, GARANTIZANDO UN TRATO DIGNO, RESPETUOSO, EMPATICO Y CENTRADO EN EL PACIENTE Y SU FAMILIA, EN CONCORDANCIA CON LOS PRINCIPIOS INSTITUCIONALES. 3. INFORMAR DE MANERA CLARA, COMPRENSIBLE Y

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 (2026-02-01) AL (2026-02-28)

IV. INFORMACIÓN DE APORTES A SEGURIDAD SOCIAL

No. DE PLANILLA:	N° 6003194949	OPERADOR:	SOI
CONCEPTO DEL PAGO	ENTIDAD	FECHA DE PAGO	VALOR PAGADO
SALUD:	SANITAS	2026/02/19	$ 438.300
PENSIÓN:	PORVENIR	2026/02/19	$ 560.900
RIESGOS LABORALES:	SURA	2026/02/19	$ 85.500
OTRO			
TOTAL PAGADO			$ 1.084.700

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	*CRISTHIAN CAMILO FUENTES BRAVO* *PS_1570_2026_71E495* **CRISTHIAN CAMILO FUENTES BRAVO** **CC: 1019063264**
FIRMA DE QUIEN VALIDA	*DEISY YANETH HENAO VILLALOBOS* *PS_1570_2026_71E495* **DEISY YANETH HENAO VILLALOBOS** **SUPERVISOR ALTERNO**
FIRMA DE QUIEN CONVALIDA EL CUMPLIMIENTO DE LAS OBLIGACIONES PARA EL PRESENTE PERIODO DE PAGO	*JORGE EDUARDO CARO CARO* *PS_1570_2026_71E495* **JORGE EDUARDO CARO CARO** **SUPERVISOR DEL CONTRATO**

PLANILLA INTEGRADA AUTOLIQUIDACIÓN APORTES
COMPROBANTE DE PAGO

DATOS GENERALES DEL APORTANTE

TIPO IDENTIFICACIÓN:	CÉDULA DE CIUDADANÍA	NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN:	1019063264
NOMBRE Ó RAZÓN SOCIAL:			CRISTIAN CAMILO FUENTES BRAVO
CIUDAD/MUNICIPIO:	BOGOTA DISTRITO CAPITAL	DEPARTAMENTO:	BOGOTA - DISTRITO CAPITAL
DIRECCIÓN:	CR 111 #142 A-28	TELÉFONO:	6892577
TIPO APORTANTE:	02-INDEPENDIENTE	CLASE APORTANTE:	I-INDEPENDIENTE
TIPO EMPRESA:	PRIVADA	ACTIVIDAD ECONOMICA:	Otros trabajos de edición.
FORMA DE PRESENTACIÓN:	ÚNICO		
APORTANTE EXONERADO PAGO APORTES SALUD, SENA E ICBF (REFORMA TRIBUTARIA):			NO

DATOS GENERALES DE LA PLANILLA

NÚMERO PLANILLA:	**6003194949**		TIPO DE PLANILLA:		I-INDEPENDIENTES
PERIODO COTIZACIÓN	MES:	enero	PERIODO COTIZACIÓN	MES:	enero
OTROS SUBSISTEMAS:	AÑO:	2026	SALUD:	AÑO:	2026
DÍAS DE MORA:		3			
FECHA PAGO (aaaa/mm/dd):		2026/02/19	NÚMERO AUTORIZACIÓN:		75357784

NOVEDADES

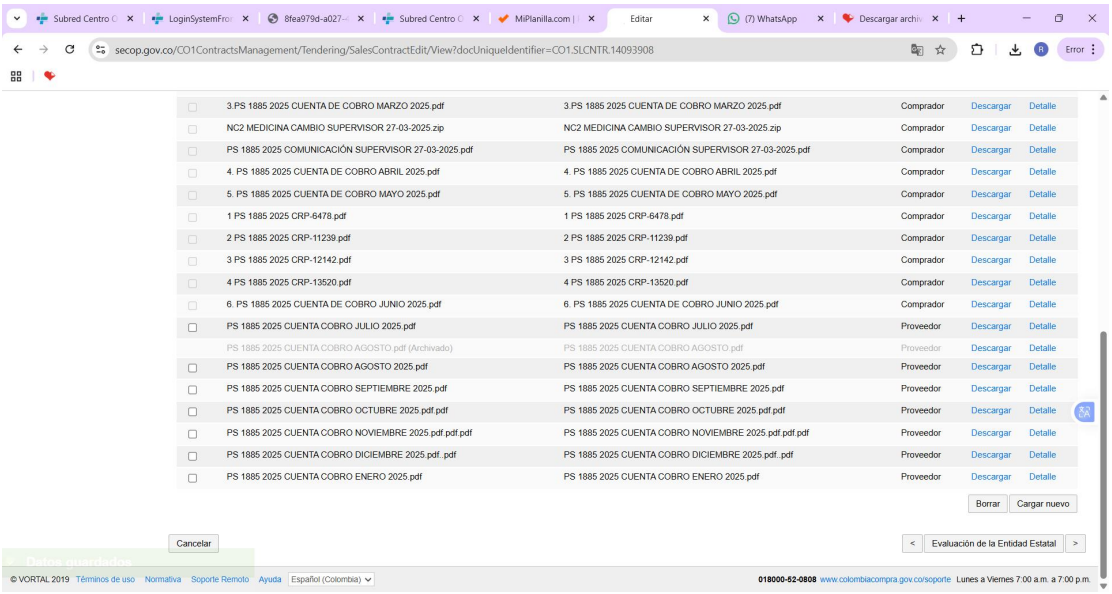
ING	RET	TDE	TAE	TDP	TAP	COR	VSP	VST	SLN	COM	IGE	LMA	VAC	AVP	VCT	IRP
							X									

LIQUIDACIÓN GENERAL

			TOTALES	
			COTIZANTES	TOTAL PAGADO
PENSIÓN				
		ADMINISTRADORA		
NIT	CÓDIGO	NOMBRE		
8002248088	230301	230301-PORVENIR	1	$ 560.900
		SUBTOTAL:	1	**$ 560.900**
SALUD				
		ADMINISTRADORA		
NIT	CÓDIGO	NOMBRE		
8002514406	EPS005	EPS005-SANITAS S.A	1	$ 438.300
		SUBTOTAL:	1	**$ 438.300**
RIESGOS PROFESIONALES				
		ADMINISTRADORA		
NIT	CÓDIGO	NOMBRE		
8909037905	14-11	14-11 - ARL SURA	1	$ 85.500
		SUBTOTAL:	1	**$ 85.500**

VALOR SIN MORA:	**$ 1.082.500**
VALOR MORA:	**$ 2.200**
TOTAL PAGADO:	**$ 1.084.700**

Planilla Pagada


Editar
(7) WhatsApp
secop.gov.co/CO1ContractsManagement/Tendering/SalesContractEdit/View?docUniqueIdentifier=CO1.SLCNTR.14093908
Error
3.PS 1885 2025 CUENTA DE COBRO MARZO 2025.pdf 3.PS 1885 2025 CUENTA DE COBRO MARZO 2025.pdf Comprador Descargar Detalle
NC2 MEDICINA CAMBIO SUPERVISOR 27-03-2025.zip NC2 MEDICINA CAMBIO SUPERVISOR 27-03-2025.zip Comprador Descargar Detalle
PS 1885 2025 COMUNICACIÓN SUPERVISOR 27-03-2025.pdf PS 1885 2025 COMUNICACIÓN SUPERVISOR 27-03-2025.pdf Comprador Descargar Detalle
4. PS 1885 2025 CUENTA DE COBRO ABRIL 2025.pdf 4. PS 1885 2025 CUENTA DE COBRO ABRIL 2025.pdf Comprador Descargar Detalle
5. PS 1885 2025 CUENTA DE COBRO MAYO 2025.pdf 5. PS 1885 2025 CUENTA DE COBRO MAYO 2025.pdf Comprador Descargar Detalle
1 PS 1885 2025 CRP-6478.pdf 1 PS 1885 2025 CRP-6478.pdf Comprador Descargar Detalle
2 PS 1885 2025 CRP-11239.pdf 2 PS 1885 2025 CRP-11239.pdf Comprador Descargar Detalle
3 PS 1885 2025 CRP-12142.pdf 3 PS 1885 2025 CRP-12142.pdf Comprador Descargar Detalle
4 PS 1885 2025 CRP-13520.pdf 4 PS 1885 2025 CRP-13520.pdf Comprador Descargar Detalle
6. PS 1885 2025 CUENTA DE COBRO JUNIO 2025.pdf 6. PS 1885 2025 CUENTA DE COBRO JUNIO 2025.pdf Comprador Descargar Detalle
PS 1885 2025 CUENTA COBRO JULIO 2025.pdf PS 1885 2025 CUENTA COBRO JULIO 2025.pdf Proveedor Descargar Detalle
PS 1885 2025 CUENTA COBRO AGOSTO.pdf (Archivado) PS 1885 2025 CUENTA COBRO AGOSTO.pdf Proveedor Descargar Detalle
PS 1885 2025 CUENTA COBRO AGOSTO 2025.pdf PS 1885 2025 CUENTA COBRO AGOSTO 2025.pdf Proveedor Descargar Detalle
PS 1885 2025 CUENTA COBRO SEPTIEMBRE 2025.pdf PS 1885 2025 CUENTA COBRO SEPTIEMBRE 2025.pdf Proveedor Descargar Detalle
PS 1885 2025 CUENTA COBRO OCTUBRE 2025.pdf.pdf PS 1885 2025 CUENTA COBRO OCTUBRE 2025.pdf.pdf Proveedor Descargar Detalle
PS 1885 2025 CUENTA COBRO NOVIEMBRE 2025.pdf.pdf.pdf PS 1885 2025 CUENTA COBRO NOVIEMBRE 2025.pdf.pdf.pdf Proveedor Descargar Detalle
PS 1885 2025 CUENTA COBRO DICIEMBRE 2025.pdf..pdf PS 1885 2025 CUENTA COBRO DICIEMBRE 2025.pdf..pdf Proveedor Descargar Detalle
PS 1885 2025 CUENTA COBRO ENERO 2025.pdf PS 1885 2025 CUENTA COBRO ENERO 2025.pdf Proveedor Descargar Detalle
Borrar
Cargar nuevo
Cancelar
Datos guardados
< Evaluación de la Entidad Estatal >
© 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.