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:	**ERIKSON ARMANDO RAMIREZ DURAN**			**CC:**	**80801542**
CORREO ELECTRÓNICO:	**ERIKSONRAMIREZ@HOTMAIL.COM**			**TELÉFONO:**	**3118394533**
DIRECCIÓN DOMICILIO:	**CL 16I 106 24**			**CIUDAD:**	**BOGOTA**
BANCO AL CUAL CONSIGNAR:	**BANCO DAVIVIENDA S.A.**	**TIPO DE CUENTA:**	**AHORROS**	**N° CUENTA:**	**007380613476**
DATOS DEL CONTRATO O ADICION Y PERIODO OBJETO DE PAGO					
Nº DEL CONTRATO:	**PS 7813 2025**	**VALOR CORRESPONDIENTE AL PERIODO OBJETO DE COBRO**			**$ 2.231.232**
FECHA DE INICIO CONTRATO	**2025/11/01**	**FECHA DE TERMINACIÓN CONTRATO:**			**2026/02/28**
PERIODO OBJETO DE COBRO:	**DEL 2026/01/01 AL 2026/01/31**				

ERIKSON ARMANDO RAMIREZ DURAN
PS_7813_2025_0DF528

NOMBRE Y FIRMA DEL CONTRATISTA:
ERIKSON ARMANDO RAMIREZ DURAN
CC: 80801542
CEL: 3118394533

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			
ERIKSON ARMANDO RAMIREZ DURAN			
	CON C.C N°	**80.801.542**	
OBJETO DEL CONTRATO:	PRESTAR SERVICIOS TECNICOS COMO AUXILIAR DE ENFERMERIA PARA DESARROLLAR ACTIVIDADES EN LA DIRECCION DE SERVICIOS DE URGENCIAS DE LA SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E. PARA EL DESARROLLO DEL CONVENIO APH		
CONTRATO DE PRESTACION DE SERVICIOS PROFESIONALES No.	**PS 7813 2025**	**FECHA INICIO CONTRATO**	**2025/11/01**
VALOR INICIAL DEL CONTRATO	$ 2.161.506	**No. HORAS EJECUTADAS**	**192**
VALOR TOTAL DEL CONTRATO INCLUIDO ADICIONES:	$ 6.833.148	**VALOR DE HONORARIOS PERÍODO A CERTIFICAR:**	$ 2.231.232
PLAZO DEL CONTRATO INCLUYENDO PRORROGAS	CUATRO (4) MESES		
UNIDAD FUNCIONAL DE EJECUCIÓN DE ACTIVIDADES:	HOSPITAL SAN BLAS		
NOMBRE DEL SUPERVISOR:	DANIEL ALEXANDER HUERTAS ROJAS		

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	GESTIONE LA LIBERACIÓN DE CAMILLAS DEL PROGRAMA APH EN EL MARCO DEL CONVENIO, EN LA UNIDAD FUNCIONAL CON MAYOR RETENCIÓN.
2	APOYE LA TRASCRIPCIÓN DE LAS ACTIVIDADES GENERADAS EN EL APLICATIVO NETUX COMO RESULTADO DE LA ATENCIÓN DE PACIENTES EN EL APLICATIVO DINÁMICA GERENCIAL PARA LA FACTURACIÓN Y LA GESTIÓN DE INSUMOS
3	NO ASISTÍ A LAS REUNIONES Y CAPACITACIONES PROGRAMADAS DESDE LA DIRECCIÓN DEL CENTRO REGULADOR DE URGENCIAS Y EMERGENCIAS EN SALUD CRUE, ASÍ COMO LAS DE LA SISSCO EN EL MARCO DEL CONVENIO
4	DESARROLLÉ LAS DEMÁS ACTIVIDADES ASIGNADAS DE ACUERDO AL OBJETO DEL CONTRATO Y A LAS NECESIDADES DEL SERVICIO, LAS CUALES PUEDEN SER DESEMPEÑADAS EN CUALQUIERA DE LAS UNIDADES DE LA SUBRED CENTRO ORIENTE

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° 1078911143	OPERADOR:	SIMPLE
CONCEPTO DEL PAGO	ENTIDAD	FECHA DE PAGO	VALOR PAGADO
SALUD:	COMPENSAR	2026/01/19	$ 178.700
PENSIÓN:	COLFONDOS	2026/01/19	$ 228.700
RIESGOS LABORALES:	SURA	2026/01/19	$ 0
OTRO			
TOTAL PAGADO			$ 407.400

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	*ERIKSON ARMANDO RAMIREZ DURAN* *PS_7813_2025_0DF528* **ERIKSON ARMANDO RAMIREZ DURAN** **CC: 80801542**
FIRMA DE QUIEN CONVALIDA EL CUMPLIMIENTO DE LAS OBLIGACIONES PARA EL PRESENTE PERIODO DE PAGO	*DANIEL ALEXANDER HUERTAS ROJAS* *PS_7813_2025_0DF528* **DANIEL ALEXANDER HUERTAS ROJAS** **SUPERVISOR DEL CONTRATO**

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	2026-01-19, 12:01:10 PM
Periodo de Cotización Otros Riesgos	diciembre de 2025
Periodo de Cotización Para Salud	diciembre de 2025
Empresa	ERIKSON ARMANDO RAMIREZ DURAN
CEDULA CIUDADANIA	CC 80801542
Código Sucursal (Nombre)	( )
Referencia de Pago/ Número Planilla	1078911143
Tipo de Planilla	I
Número Transacción Bancaria/ CUS	2094052862
Banco	(1051) - BANCO DAVIVIENDA
Valor	$ 436.100
Estado de la Transacción	Aprobada
Dirección IP de Origen	172.29.10.57

Nit	Código	Administradora	Número Afiliados	Valor sin Mora	Total Intéreses Mora
N800227940	231001	FDO DE PENSIONES OBLIGATORIAS COLFONDOS	1	$ 227.800	$ 900
N860066942	EPS008	COMPENSAR ENTIDAD PROMOTORA DE SALUD	1	$ 178.000	$ 700
N860066942	CCF24	CAJA DE COMPENSACION FAMILIAR COMPENSAR	1	$ 28.500	$ 200
		SubTotales:		$ 434.300	$ 1.800
		Total a Pagar:			$ 436.100

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!

ÁREA DE APROBACIÓN

La fase del proceso fue aprobada.

Flujos de aprobación 1

MOSTRAR DETALLES

Flujos de aprobación 2

MOSTRAR DETALLES

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

Documento del contrato cargado

Volver | Imprimir | Modificar | < | >

Ejecución del Contrato

◯ Porcentaje ◯ Recepción de artículos

Plan de Pagos

Id de pago	Número de factura	Fecha de emisión	Fecha de recepción	Valor neto de la factura	Valor total de la fac

No existen resultados que cumplan con los criterios de búsqueda especificados

Balance de pagos y Balance de entregas

Documento del contrato cargado

		% del valor del contrato	% del valor amortizado
Valor total del contrato:	6.833.148,00 COP	-	-
Valor del anticipo:	0,00 COP	0%	-
Valor de las entregas	0,00 COP	0%	-
Valor facturado:	0,00 COP	0%	-
Valor facturado pendiente de pago:	0,00 COP	0%	-
Valor pagado:	0,00 COP	0%	-
Valor amortizado del anticipo:	0,00 COP	0%	0%
Valor pendiente de amortizar:	0,00 COP	0%	0%
Valor pendiente de ejecución:	6.833.148,00 COP	100%	-
Valor pendiente de entrega:	6.833.148,00 COP	100%	-

Documentos de ejecución del contrato

	Descripción	Nombre del archivo	Cargado por		
☐	PS 7813 2025 CUENTA DE COBRO NOVIEMBRE 2025.pdf	PS 7813 2025 CUENTA DE COBRO NOVIEMBRE 2025.pdf	Comprador	Descargar	Detalle
☐	PS 7813 2025 CUENTA DE COBRO DICIEMBRE 2025.pdf	PS 7813 2025 CUENTA DE COBRO DICIEMBRE 2025.pdf	Comprador	Descargar	Detalle