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:	**CRISTIAN CAMILO LEGUIZAMON ARGUELLO**			**CC:**	**1030685132**
CORREO ELECTRÓNICO:	**CAMILO.LEGUIZAMON@OUTLOOK.COM**			**TELÉFONO:**	**3013744592**
DIRECCIÓN DOMICILIO:	**CL 49 80D 31 SUR**			**CIUDAD:**	**BOGOTA**
BANCO AL CUAL CONSIGNAR:	**BANCO CAJA SOCIAL**	**TIPO DE CUENTA:**	**AHORROS**	**N° CUENTA:**	**24064953096**
DATOS DEL CONTRATO O ADICION Y PERIODO OBJETO DE PAGO					
Nº DEL CONTRATO:	**PS 3033 2026**	**VALOR CORRESPONDIENTE AL PERIODO OBJETO DE COBRO**			**$ 6.226.865**
FECHA DE INICIO CONTRATO	**2026/02/03**	**FECHA DE TERMINACIÓN CONTRATO:**			**2026/05/31**
PERIODO OBJETO DE COBRO:	**DEL 2026/03/01 AL 2026/03/31**				

CRISTIAN CAMILO LEGUIZAMON ARGUELLO
PS_3033_2026_11A4F1

NOMBRE Y FIRMA DEL CONTRATISTA:
CRISTIAN CAMILO LEGUIZAMON ARGUELLO
CC: 1030685132
CEL: 3013744592

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			
CRISTIAN CAMILO LEGUIZAMON ARGUELLO			
	CON C.C N°	**1.030.685.132**	
OBJETO DEL CONTRATO:	PRESTAR SERVICIOS COMO PROFESIONAL ESPECIALIZADO IV PARA DESARROLLAR ACTIVIDADES EN LA DIRECCION ADMINISTRATIVA DE LA SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E.		
CONTRATO DE PRESTACION DE SERVICIOS PROFESIONALES No.	**PS 3033 2026**	**FECHA INICIO CONTRATO**	**2026/02/03**
VALOR INICIAL DEL CONTRATO	$ 24.907.460	**No. HORAS EJECUTADAS**	**0**
VALOR TOTAL DEL CONTRATO INCLUIDO ADICIONES:	$ 24.907.460	**VALOR DE HONORARIOS PERÍODO A CERTIFICAR:**	$ 6.226.865
PLAZO DEL CONTRATO INCLUYENDO PRORROGAS	CUATRO (4) MESES		
UNIDAD FUNCIONAL DE EJECUCIÓN DE ACTIVIDADES:	HOSPITAL SANTA CLARA		
NOMBRE DEL SUPERVISOR:	MARIA LORENA ROJAS VAN STRAHLEN		

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	APOYAR EN LA GESTION RELACIONADA CON LA DISPOSICION DE INSUMOS Y DISPOSITIVOS MEDICOS, EN SUS FASES DE PLAN ACCION, SELECCION Y DISTRIBUCION, ACORDE CON SU PERFIL Y EXPERTICIA, EN LOS ALMACENES Y FARMACIAS DE LA SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E.
2	APOYAR TECNICAMENTE A LAS AREAS DE ADQUISICIONES Y COMPRAS EN LA CONSECUCION DE LOS INSUMOS MEDICO QUIRURGICOS.
3	GESTIONAR EN LOS DIFERENTES SERVICIOS ASISTENCIALES LA DISPONIBILIDAD COLECTIVA DE INSUMOS Y DISPOSITIVOS, CON EL FIN DE SOLICITAR OPORTUNAMENTE EL PROCESO DE ADQUISICION DE INSUMOS MEDICO QUIRURGICOS.
4	REALIZAR LA PROYECCION, VERIFICAR LAS EXISTENCIAS Y CONSOLIDAR LAS NECESIDADES DE INSUMOS Y DISPOSITIVOS MEDICO QUIRURGICOS REQUERIDOS EN LAS UNIDADES PARA GARANTIZAR UN ADECUADO ABASTECIMIENTO DE LOS ELEMENTOS EN LOS SERVICIOS Y AREAS.
5	PARTICIPAR EN LAS JORNADAS DE CAPACITACION, INDUCCION, REUNIONES Y EVENTOS A LOS CUALES SEA CONVOCADO.
6	GARANTIZAR LA APLICACION A LOS SUBSISTEMAS QUE COMPONEN EL SISTEMA INTEGRADA DE GESTION DE CALIDAD ADOPTADOS POR LA SUBRED, POR MEDIO DE AUDITORIAS Y LISTAS DE CHEQUEO
7	VERIFICAR ESTADO DE INVENTARIOS, PROMEDIOS Y STOCK MINIMO PARA LA ELABORACION DE DOCUMENTO COMO ORDEN DE COMPRA, CAJA MENOR Y ESTUDIO DE MERCADO CON INSUMOS Y DISPOSITIVOS MEDICO QUIRURGICOS SIN CONTRATO E INFORMAR ALERTA A LA SUBGERENCIA DE SERVICIOS.
8	VERIFICAR QUE LOS DOCUMENTOS ELABORADOS EN LA MODALIDAD DE: ORDEN DE COMPRA, CAJA MENOR Y ESTUDIO DE MERCADO CUMPLAN CON LOS LINEAMIENTOS ESTABLECIDOS PARA SU ADQUISICION.
9	MANTENER EL ARCHIVO DOCUMENTAL ORGANIZADO.
10	APOYAR EN LA CONSOLIDACION Y ANALISIS DE LOS INDICADORES DE GESTION DEL AREA DE LA SUBGERENCIA DE SERVICIOS DE SALUD EN INSUMOS Y DISPOSITIVOS MEDICO QUIRURGICOS REQUERIDOS.
11	REALIZAR EL SEGUIMIENTO Y APOYO TECNICO A LOS DIFERENTES GRUPOS TERAPEUTICOS LIDERANDO EL COMITE TECNICO EVALUADOR.
12	REALIZAR EN LA MODALIDAD DE PRESTAMO DE INSUMOS Y DISPOSITIVOS MEDICOS QUIRURGICOS SEGUN NECESIDAD DE URGENCIA PRIORITARIA Y URGENCIA VITAL EL PROCESO CORRESPONDIENTE INTERINSTITUCIONAL Y EXTRA INSTITUCIONAL PARA LOS DIFERENTES SERVICIOS A NIVEL HOSPITALARIO.
13	APOYAR A LA DIRECCION ADMINISTRATIVA EN LA GESTION DE LOS SUBPROCESOS CUANDO ASI LO REQUIERA.
14	PRESENTAR INFORMES DE ACUERDO A LAS NECESIDADES DEL AREA.
15	APOYAR LAS ACTIVIDADES PARA EL MEJORAMIENTO CONTINUO DE LA CALIDAD Y AQUELLAS DEFINIDAS DENTRO DE LOS PLANES DE MEJORAMIENTO DE LOS DIFERENTES ESTANDARES DE HABILITACION DE LOS SERVICIOS DE SALUD.
16	PARTICIPAR Y ADHERIRSE A LAS ACTIVIDADES Y PROGRAMAS INTERNOS Y EXTERNOS RELACIONADOS CON EL OBJETO CONTRACTUAL.
17	ASEGURAR LA ADECUADA Y RACIONAL UTILIZACION DE LOS RECURSOS DE LA SUBRED Y DEMAS EQUIPOS Y ELEMENTOS QUE SEAN UTILIZADOS PARA EL CUMPLIMIENTO DE LAS ACTIVIDADES CONTRACTUALES
18	CUMPLIR CON LAS NORMAS DE BIOSEGURIDAD, SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO, GESTION AMBIENTAL Y CALIDAD CON EL FIN DE DISMINUIR LOS RIESGOS.

19	PRESTAR SUS SERVICIOS DE MANERA CORTES, HUMANA, CALIDA EN LAS DIFERENTES AREAS Y SERVICIOS DONDE PRESTE SUS ACTIVIDADES.
20	MANTENER LA RESERVA Y DISCRECION DE LA INFORMACION QUE POR SU ACTIVIDAD LLEGARE A CONOCER.
21	INFORMAR AL SUPERVISOR DEL CONTRATO CUALQUIER NOVEDAD QUE SE PRESENTE EN EL CUMPLIMIENTO DE LAS ACTIVIDADES.
22	PRESENTAR PLANILLA DE PAGO DE APORTES DE SEGURIDAD SOCIAL DEL MES CORRESPONDIENTE AL CERTIFICADO.
23	LAS DEMAS ACTIVIDADES QUE SEAN ASIGNADAS POR EL SUPERVISOR DEL CONTRATO Y QUE SE ENCUENTREN RELACIONADAS CON EL OBJETO CONTRACTUAL. CONTENIDAS EN EL FORMATO DE NECESIDAD DE PERSONAL QUE HACE PARTE INTEGRAL DEL PRESENTE CONTRATO. CONTENIDAS EN EL FORMATO DE NECESIDAD DE PERSONAL QUE HACE PARTE INTEGRAL DEL PRESENTE CONTRATO

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° 9500124418	OPERADOR:	APORTES EN LINEA

CONCEPTO DEL PAGO	ENTIDAD	FECHA DE PAGO	VALOR PAGADO
SALUD:	SANITAS	2026/03/12	$ 311.400
PENSIÓN:	PORVENIR	2026/03/12	$ 398.600
RIESGOS LABORALES:	SURA	2026/03/12	$ 60.700
OTRO			
TOTAL PAGADO			$ 770.700

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	*CRISTIAN CAMILO LEGUIZAMON ARGUELLO* *PS_3033_2026_11A4F1* **CRISTIAN CAMILO LEGUIZAMON ARGUELLO** **CC: 1030685132**
FIRMA DE QUIEN CONVALIDA EL CUMPLIMIENTO DE LAS OBLIGACIONES PARA EL PRESENTE PERIODO DE PAGO	*MARIA LORENA ROJAS VAN STRAHLEN* *PS_3033_2026_11A4F1* **MARIA LORENA ROJAS VAN STRAHLEN** **SUPERVISOR DEL CONTRATO**

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

Datos guardados

Cancelar

< Evaluación de la Entidad Estatal >

VER CONTRATO

Ejecución del Contrato

Porcentaje Recepción de artículos

Plan de Pagos

¿Se requieren emisiones de códigos de autorización? Sí No

Id de pago	Número de factura	Fecha de emisión	Fecha de recepción	Valor total de la factura	Estado

No existen resultados que cumplan con los criterios de búsqueda especificados

Crear

Documentos de ejecución del contrato

	Descripción	Nombre del archivo	Cargado por		
☐	1 PS 3033 2026 CRP -10462.pdf	1 PS 3033 2026 CRP -10462.pdf	Comprador	Descargar	Detalle
☐	PS 3033 2026 CUENTA DE COBRO FEBRERO 2026.pdf	PS 3033 2026 CUENTA DE COBRO FEBRERO 2026.pdf	Proveedor	Descargar	Detalle

Borrar Cargar nuevo

Cancelar

< Evaluación de la Entidad Estatal >

Datos guardados

aportes en línea

Planilla Resumen

DATOS GENERALES DEL APORTANTE

Identificación	dv	Razon Social	Clase Aportante	Sucursal Principal	Direccion	Ciudad-Departamento	Teléfono	Exonerado SENA e ICBF
CC 1030685132		LEGUIZAMON ARGUELLO CRISTIAN CAMILO	INDEPENDIENTE	PRINCIPAL	CALLE 49 80D-31 SUR BARRIO ALMENAR	BOGOTA-BOGOTA D.E.	3013744598	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	134980514	9500124418	I	2026/03/09	2026/03/12	BANCO CAJA SOCIAL	3	$772,400

LIQUIDACION DETALLADA DE APORTES

EMPLEADO			NOVEDADES																PENSION				SALUD				CCF				RIESGOS					PARAFISCALES				
No.	Identificación	Nombre	ing	ret	tde	tae	tdp	tap	vsp	cor	vst	sln	ige	lma	vac	avp	vct	irl	vip	Codigo	Días	IBC	Aporte	Codigo	Días	IBC	Aporte	Codigo	Días	IBC	Aporte	Codigo	Días	IBC	Tarifa	Aporte	Días	IBC	Aporte	Exonerado SENA e ICBF	Total Aportes
SUCURSAL: PRINCIPAL (1 Afiliados)																					$2,490,746	$398,600			$2,490,746	$311,400			$0	$0			$2,490,746		$60,700		$0	$0		$770,700
Centro de Trabajo: PRINCIPAL (1 Afiliados)																					$2,490,746	$398,600			$2,490,746	$311,400			$0	$0			$2,490,746		$60,700		$0	$0		$770,700
Ciudad: BOGOTA Depto: BOGOTA D.E. (1 Afiliados)																					$2,490,746	$398,600			$2,490,746	$311,400			$0	$0			$2,490,746		$60,700		$0	$0		$770,700
1	CC	1030685132 LEGUIZAMON CRISTIAN																		230301	30	$2,490,746	$398,600	EPS005	30	$2,490,746	$311,400		0	$0	$0	14-11	30	$2,490,746	2.436%	$60,700	0	$0	$0	No	$770,700
Total	**Afiliados(1)**																					$2,490,746	$398,600			$2,490,746	$311,400			$0	$0			$2,490,746		$60,700		$0	$0		$770,700

aportes en línea

Planilla Resumen

RESUMEN DE PAGO

RIESGO	CODIGO	NIT	DV	AFILIADOS	VALOR LIQUIDADO	INTERESES MORA	SALDOS E INCAPACIDADES	VALOR A PAGAR
AFP (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$398,600	$800	$0	$399,400
PORVENIR	230301	800,224,808	8	1	$398,600	$800	$0	$399,400
ARL (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$60,700	$200	$0	$60,900
ARL SURA	14-11	890,903,790	5	1	$60,700	$200	$0	$60,900
EPS (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$311,400	$700	$0	$312,100
SANITAS	EPS005	800,251,440	6	1	$311,400	$700	$0	$312,100
TOTAL				**1**	**$770,700**	**$1,700**	**$0**	**$772,400**