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:	**ARGENIS ALZATE ARENAS**			**CC:**	**1024506729**
CORREO ELECTRÓNICO:	**alzate.0033@gmail.com**			**TELÉFONO:**	**3102220805**
DIRECCIÓN DOMICILIO:	**KR 9 ETSE 45B 46 SUR**			**CIUDAD:**	**BOGOTA**
BANCO AL CUAL CONSIGNAR:	**BANCO DAVIVIENDA S.A.**	**TIPO DE CUENTA:**	**AHORROS**	**N° CUENTA:**	**488435317067**
DATOS DEL CONTRATO O ADICION Y PERIODO OBJETO DE PAGO					
Nº DEL CONTRATO:	**PS 7468 2025**	**VALOR CORRESPONDIENTE AL PERIODO OBJETO DE COBRO**			**$ 2.899.800**
FECHA DE INICIO CONTRATO	**2025/10/09**	**FECHA DE TERMINACIÓN CONTRATO:**			**2026/03/31**
PERIODO OBJETO DE COBRO:	**DEL 2026/03/01 AL 2026/03/31**				

ARGENIS ALZATE ARENAS
PS_7468_2025_ECA3BD

NOMBRE Y FIRMA DEL CONTRATISTA:
ARGENIS ALZATE ARENAS
CC: 1024506729
CEL: 3102220805

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			
ARGENIS ALZATE ARENAS			
	CON C.C N°	**1.024.506.729**	
OBJETO DEL CONTRATO:	PRESTAR SERVICIOS DE APOYO A LA GESTION COMO GESTOR TECNICO MAS BIENESTAR PARA DESARROLLAR ACTIVIDADES EN LA DIRECCION DE GESTION INTEGRAL DEL RIESGO EN SALUD DE LA SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E. PARA EL DESARROLLO DEL CONVENIO MAS BIENESTAR		
CONTRATO DE PRESTACION DE SERVICIOS PROFESIONALES No.	**PS 7468 2025**	**FECHA INICIO CONTRATO**	**2025/10/09**
VALOR INICIAL DEL CONTRATO	$ 2.285.280	**No. HORAS EJECUTADAS**	**179**
VALOR TOTAL DEL CONTRATO INCLUIDO ADICIONES:	$ 17.189.280	**VALOR DE HONORARIOS PERÍODO A CERTIFICAR:**	$ 2.899.800
PLAZO DEL CONTRATO INCLUYENDO PRORROGAS	SEIS (6) MESES		
UNIDAD FUNCIONAL DE EJECUCIÓN DE ACTIVIDADES:	CENTRO DE SALUD PRIMERO DE MAYO		
NOMBRE DEL SUPERVISOR:	HAROLD ROLANDO DELGADO GÓMEZ		

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. OBLIGACIÓN PRESTAR SUS SERVICIOS CON CALIDAD Y OPORTUNIDAD, PARA EL DESARROLLO DE LAS ACTIVIDADES DEL CONVENIO MÁS BIENESTAR EQUIPOS BÁSICOS EXTRAMURALES, SUSCRITO ENTRE EL FONDO FINANCIERO DISTRITAL Y LA SUBRED. 1.1 Actividades desarrolladas Ejecuté intervenciones extramurales garantizando la aplicación de protocolos y normativas vigentes, asegurando oportunidad en la atención y adecuada interacción con la comunidad. 1.2 Productos (evidencias) Registré y validé las intervenciones realizadas en los formatos institucionales aprobados (planillas, fichas y aplicativos establecidos).
2	2. OBLIGACIÓN PRESENTAR MENSUALMENTE EL CRONOGRAMA DE ACTIVIDADES A DESARROLLAR, ADICIONALMENTE CON LA FINALIZACIÓN DEL MES SE DEBE ENTREGAR UN INFORME DE LAS ACTIVIDADES DESARROLLADAS PARA LA EJECUCIÓN DE SUS ACTIVIDADES. 2.1 Actividades desarrolladas Para el periodo en curso no se presentó cronograma de actividades. 2.2 Productos (evidencias) No aplica para el periodo.
3	3. OBLIGACIÓN APOYAR LA PRESTACIÓN DE SERVICIOS EN EL DESARROLLO DEL CONVENIO MÁS BIENESTAR EQUIPOS BÁSICOS EXTRAMURALES, PRESENTANDO LA INFORMACIÓN Y/O SOPORTES QUE SE SOLICITE CONFORME A LOS ANEXOS Y LINEAMIENTOS TÉCNICOS DEL CONVENIO VIGENTE. 3.1 Actividades desarrolladas Recolecté y organicé la información requerida en los anexos técnicos, asegurando su completitud y veracidad. 3.2 Productos (evidencias) Diligencié y entregué los formatos y soportes solicitados según los lineamientos técnicos.
4	4. OBLIGACIÓN APOYAR LAS ACTIVIDADES INHERENTES AL OBJETO DEL CONTRATO PARA EL MEJORAMIENTO CONTINUO DE LA CALIDAD Y AQUELLAS DEFINIDAS DENTRO DE LOS PLANES DE MEJORAMIENTO DE LOS DIFERENTES ESTÁNDARES DE HABILITACIÓN Y ACREDITACIÓN DE SERVICIOS DE SALUD. 4.1 Actividades desarrolladas Participé en procesos relacionados con calidad, aportando al cumplimiento de los estándares establecidos según las actividades asignadas. 4.2 Productos (evidencias) Registré mi participación y generé evidencias de las acciones desarrolladas, cuando aplicó.
5	5. OBLIGACIÓN REALIZAR APROPIACIÓN CONCEPTUAL DESDE SU PERFIL CON LOS ANEXOS Y LINEAMIENTOS TÉCNICOS DEL CONVENIO MÁS BIENESTAR EQUIPOS BÁSICOS EXTRAMURALES. 5.1 Actividades desarrolladas No aplica para el periodo evaluado. La apropiación conceptual y revisión de lineamientos se realizó al inicio del convenio. 5.2 Productos (evidencias) No aplica para el periodo.
6	6. OBLIGACIÓN DESARROLLAR PROCESOS DE ASISTENCIA TÉCNICA DESDE LOS DIFERENTES PROCESOS DEL CONVENIO CONFORME A SU SABER DISCIPLINAR Y PROFESIONAL. 6.1 Actividades desarrolladas Brindé apoyo técnico operativo en el desarrollo de las actividades asignadas dentro del convenio, conforme a los requerimientos establecidos. 6.2 Productos (evidencias) Registré las actividades realizadas y consolidé evidencias operativas del acompañamiento brindado, en formatos de captura y actas según correspondió.
	7. OBLIGACIÓN REALIZAR LA REVISIÓN, ALISTAMIENTO Y ENTREGA CON CALIDAD DE CADA UNO DE LOS FORMATOS, DOCUMENTOS, BASES O INFORMES GENERADOS. 7.1 Actividades desarrolladas Verifiqué la calidad, exactitud y completitud de los formatos y documentos generados en campo antes de su entrega.

7	7.2 Productos (evidencias) Entregué la documentación revisada conforme a los lineamientos institucionales.
8	8. OBLIGACIÓN PARTICIPAR Y GESTIONAR LOS ACERCAMIENTOS COMUNITARIOS E INSTITUCIONALES QUE SE REQUIERAN. 8.1 Actividades desarrolladas Participé en actividades de acercamiento comunitario conforme a la programación establecida por el equipo. 8.2 Productos (evidencias) Entregué los formatos y documentos generados en campo.
9	9. OBLIGACIÓN ACTIVAR Y NOTIFICAR LOS EVENTOS DE INTERÉS EN SALUD PÚBLICA DETECTADOS. 9.1 Actividades desarrolladas Durante el periodo evaluado no se identificaron eventos de interés en salud pública que requirieran notificación. 9.2 Productos (evidencias) No aplica para el periodo.
10	10. OBLIGACIÓN PARTICIPAR EN LAS ASISTENCIAS TÉCNICAS CONVOCADAS POR SDS. 10.1 Actividades desarrolladas Asistí a las convocatorias técnicas y apliqué los lineamientos recibidos en las actividades extramurales. 10.2 Productos (evidencias) Registré mi asistencia y/o presenté evidencia de participación.
11	11. OBLIGACIÓN ORGANIZAR EL ARCHIVO DE LA DOCUMENTACIÓN GENERADA DE ACUERDO CON LA NORMATIVIDAD Y TABLA DE RETENCIÓN DOCUMENTAL. 11.1 Actividades desarrolladas Clasifiqué y entregué los formatos de captura, y la documentación generada conforme a la normatividad vigente. 11.2 Productos (evidencias) Organicé y entregué los formatos físicos conforme a las directrices institucionales.
12	12. OBLIGACIÓN REALIZAR LAS DEMÁS OBLIGACIONES QUE SE RELACIONEN CON EL OBJETO DEL CONTRATO Y QUE SEAN REQUERIDAS POR LA SUPERVISIÓN. 12.1 Actividades desarrolladas Ejecuté actividades adicionales asignadas, enmarcadas en el objeto contractual y conforme a los procedimientos establecidos. 12.2 Productos (evidencias) Registré y evidencié el cumplimiento de las actividades asignadas.
13	13. OBLIGACIÓN REALIZAR CARACTERIZACIÓN SOCIODEMOGRÁFICA A COMPLETITUD, CON CALIDAD Y VERACIDAD. 13.1 Actividades desarrolladas Apliqué los instrumentos de caracterización sociodemográfica y tamizajes establecidos conforme a los lineamientos vigentes. 13.2 Productos (evidencias) Diligencié los formatos de caracterización completos con sus respectivos tamizajes y registros.
14	14. OBLIGACIÓN DILIGENCIAR LA INFORMACIÓN DE LA CARACTERIZACIÓN SOCIODEMOGRÁFICA EN EL APLICATIVO GTAPS DIARIAMENTE. 14.1 Actividades desarrolladas Registré la información de caracterización en el aplicativo GTAPS dentro de las primeras 24 horas de la intervención, garantizando calidad del dato. 14.2 Productos (evidencias) Generé el soporte de registro y reporte de carga en el aplicativo.
15	15. OBLIGACIÓN PRESENTAR EL CRONOGRAMA DE ACTIVIDADES E INSUMOS PREPARADOS. 15.1 Actividades desarrolladas No aplica para el periodo evaluado. 15.2 Productos (evidencias) No aplica para el periodo.
16	16. OBLIGACIÓN PRESENTAR MAPA Y MATRIZ DEL EJERCICIO DE CARTOGRAFÍA REALIZADO. 16.1 Actividades desarrolladas Durante el mes no se desarrollaron ejercicios de cartografía ni consolidación de matrices. 16.2 Productos (evidencias) No aplica para el periodo.
17	17. OBLIGACIÓN PARTICIPAR EN EL COMITÉ TERRITORIAL. 17.1 Actividades desarrolladas Participé en los espacios de análisis territorial convocados durante el periodo, cuando fueron programados. 17.2 Productos (evidencias) Deje registro en el acta de comité territorial, cuando aplicó.
18	18. OBLIGACIÓN REALIZAR EL REGISTRO DE LAS ACTIVIDADES EN LOS INSTRUMENTOS DEFINIDOS. 18.1 Actividades desarrolladas Registré la información de visitas e intervenciones en los instrumentos físicos y digitales definidos. 18.2 Productos (evidencias) Diligencié las planillas y registros correspondientes.
19	19. OBLIGACIÓN GESTIONAR Y ACTIVAR LOS RIESGOS EN SALUD IDENTIFICADOS. 19.1 Actividades desarrolladas Gestioné los riesgos identificados conforme a los lineamientos establecidos y según correspondió en cada caso. 19.2 Productos (evidencias) Registré la gestión y activación de rutas de atención, cuando aplicó.
20	20. OBLIGACIÓN CUMPLIR CON TODAS LAS OBLIGACIONES ESTABLECIDAS EN EL ANEXO TÉCNICO DEL CONVENIO. 20.1 Actividades desarrolladas Desarrollé las actividades asignadas conforme a los lineamientos técnicos, operativos y al objeto del convenio. 20.2 Productos (evidencias) Elaboré y presenté el informe de cumplimiento de actividades según metas y productos del anexo técnico.

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° 1079804583	OPERADOR:	SIMPLE

CONCEPTO DEL PAGO	ENTIDAD	FECHA DE PAGO	VALOR PAGADO
SALUD:	SALUD TOTAL	2026/03/11	$ 218.900
PENSIÓN:	PROTECCION	2026/03/11	$ 280.200
RIESGOS LABORALES:	SURA	2026/03/11	$ 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	*ARGENIS ALZATE ARENAS* *PS_7468_2025_ECA3BD* **ARGENIS ALZATE ARENAS** **CC: 1024506729**
FIRMA DE QUIEN VALIDA	*LUZ ADRIANA CALDERON RAMIREZ* *PS_7468_2025_ECA3BD* **LUZ ADRIANA CALDERON RAMIREZ** **SUPERVISOR ALTERNO**
FIRMA DE QUIEN CONVALIDA EL CUMPLIMIENTO DE LAS OBLIGACIONES PARA EL PRESENTE PERIODO DE PAGO	*HAROLD ROLANDO DELGADO GÓMEZ* *PS_7468_2025_ECA3BD* **HAROLD ROLANDO DELGADO GÓMEZ** **SUPERVISOR DEL CONTRATO**

PAGOSIMPLE | AUTOLIQUIDACION CONSOLIDADA

Fecha creación reporte: 2026-03-11, 11:34:28 AM **Tipo Planilla:** I: PLANILLA INDEPENDIENTES **Numéro Planilla:** 1079804583

Periodo Cotización: febrero de 2026 **Periodo Servicio:** febrero de 2026 **Referencia pago (PIN):** 8870802910

PAGADO 11/03/2026

I. DATOS DEL APORTANTE

Razón Social	ARGENIS ALZATE ARENAS		
Documento	CC1024506729	**Dirección**	CR 9 ESTE #45 B - 46 SUR
Tipo de Empresa	INDEPENDIENTE	**Teléfono**	3166160466
Tipo Persona	NATURAL	**Forma Presentación**	ÚNICO
Ciudad	BOGOTA D.C.	**Departamento**	BOGOTA D.C.
Representante Legal		**Identificación**	
Total Afiliados	1	**ARP**	ARL SURA

II. DETALLE DEL APORTANTE

Datos del Afiliado				Novedades																				Pensiones			Salud			Riesgos			Cajas			Parafiscales					Total
Identificación	Apellidos y Nombres	Tipo Cotizante	Subtipo Cotizante	ING	RET	RET P	TDE	TAE	TDP	TAP	VSP	COR	VST	SLN	IGE	LMA	VAC	AVP	VCT	IRP	Días APP	Días EPS	Días ARP	Días CCF	Administradora	IBC Pensión	Aporte Pensión	Administradora	IBC Salud	Aporte Salud	Tarifa	IBC Riesgos	Aporte Riesgos	Administradora	IBC Caja	Aporte Caja	Aporte SENA	Aporte ICBF	ESAP	Aporte Ministerio	Total
CC 1024506729	ARGENIS ALZATE ARENAS	59	00																	0	30	30	30	0	(230201) PROTECCION	$ 1.750.905	$ 280.200	(EPS002) SALUD TOTAL EPS	$ 1.750.905	$ 218.900	2,436	$ 1.750.905	$ 42.700	(NIN-CC) NINGUNA CCF	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 541.800

III.TOTALES

IBC Pensión	IBC Salud	IBC Riesgos	IBC Cajas	Aportes Pensión	Aportes Salud	Aportes Riesgos	Aportes Cajas	Aportes Sena	Aportes ICBF	Aportes ESAP	Aportes Min Educación	(Incapacidades, Licencias, Saldos a Favor) EPS	Incapacidades ARP	SUBTOTAL SIN INTERESES DE MORA	TOTAL INTERESES DE MORA	TOTAL FINAL
$ 1.750.905	$ 1.750.905	$ 1.750.905	$ 0	$ 280.200	$ 218.900	$ 42.700	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 541.800	$ 800	$ 542.600

Líneas de Servicio FonoSIMPLE: Bogotá 601 4446634 - Cali: 602 5540577 - Medellín: 604 5146669 - Bucaramanga: 607 6438000 - Cartagena: 605 6945444 - Pereira: 606 3402582 - Barranquilla: 605 3618850 - Resto del País: 018000 971 971 - ¡Más que Fácil, SIMPLE!

¡El Poder de lo SIMPLE!

Antes de imprimir, asegúrese que sea realmente necesario. Proteger el medio ambiente está en nuestras manos.

Banco Davivienda S.A.

VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA

Transacción exitosa

Destino de pago

SISTEMA INTEGRADO MULTIPLE DE PAGOS ELECTRONICOS S

Motivo

Pago PSE. Ref:8870802910-202602-1574917. idTrans:1574917

Fecha y hora de la transacción

Marzo 11 de 2026 - 11:13 am

Valor

$ 542.600

Impuestos

$ 0

Costo de la transacción

$ 0 IVA incluido

Referencia 1

02

Referencia 2

900097333

Referencia 3

6311

Dirección IP

179.19.6.237

Código único CUS

131759031

Número de factura

177324553754290

Número de aprobación

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

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		
☐	PS_7468_2025_CUENTA_DE_COBRO_OCTUBRE_2025.pdf	PS_7468_2025_CUENTA_DE_COBRO_OCTUBRE_2025.pdf	Proveedor	Descargar	Detalle
☐	PS_7468_2025_CUENTA_DE_COBRO_NOVIEMBRE_2025.pdf	PS_7468_2025_CUENTA_DE_COBRO_NOVIEMBRE_2025.pdf	Proveedor	Descargar	Detalle
☐	PS 7468 2025 CUENTA DE COBRO DICIEMBRE 2025.pdf	PS 7468 2025 CUENTA DE COBRO DICIEMBRE 2025.pdf	Proveedor	Descargar	Detalle
☐	PS_7468_2025_CUENTA_DE_COBRO_FEBRERO_2026.pdf	PS_7468_2025_CUENTA_DE_COBRO_FEBRERO_2026.pdf	Proveedor	Descargar	Detalle

Borrar Cargar nuevo

Cancelar

< Evaluación de la Entidad Estatal >