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: (30-04-2026)					
NOMBRES Y APELLIDOS:	**JHONATAN SMITH PARDO BRIÑEZ**			**CC:**	**1019089002**
CORREO ELECTRÓNICO:	**smithpardo150@gmail.com**			**TELÉFONO:**	**3046300895**
DIRECCIÓN DOMICILIO:	**KR 68B 68 22**			**CIUDAD:**	**BOGOTA**
BANCO AL CUAL CONSIGNAR:	**BANCO DAVIVIENDA S.A.**	**TIPO DE CUENTA:**	**AHORROS**	**N° CUENTA:**	**488423927174**
DATOS DEL CONTRATO O ADICION Y PERIODO OBJETO DE PAGO					
Nº DEL CONTRATO:	**PS 3692 2026**	**VALOR CORRESPONDIENTE AL PERIODO OBJETO DE COBRO**			**$ 2.971.020**
FECHA DE INICIO CONTRATO	**2026/04/09**	**FECHA DE TERMINACIÓN CONTRATO:**			**2026/05/31**
PERIODO OBJETO DE COBRO:	**DEL 2026/04/13 AL 2026/04/30**				

JHONATAN SMITH PARDO BRIÑEZ
PS_3692_2026_1FB0F2

NOMBRE Y FIRMA DEL CONTRATISTA:
JHONATAN SMITH PARDO BRIÑEZ
CC: 1019089002
CEL: 3046300895

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			
JHONATAN SMITH PARDO BRIÑEZ			
	CON C.C N°	**1.019.089.002**	
OBJETO DEL CONTRATO:	PRESTAR SERVICIOS PROFESIONALES COMO MEDICO GENERAL EN LA DIRECCI?N DE GESTI?N INTEGRAL DEL RIESGO EN SALUD DE LA SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E. EN EL MARCO DE LAS ACCIONES DE CONTRAPARTIDA DEL CONVENIO M?S BIENESTAR EN TU HOGAR.		
CONTRATO DE PRESTACION DE SERVICIOS PROFESIONALES No.	**PS 3692 2026**	**FECHA INICIO CONTRATO**	**2026/04/09**
VALOR INICIAL DEL CONTRATO	$ 3.028.155	**No. HORAS EJECUTADAS**	**78**
VALOR TOTAL DEL CONTRATO INCLUIDO ADICIONES:	$ 3.028.155	**VALOR DE HONORARIOS PERÍODO A CERTIFICAR:**	$ 2.971.020
PLAZO DEL CONTRATO INCLUYENDO PRORROGAS	UN (1) MES Y VEINTRES (23) DIAS		
UNIDAD FUNCIONAL DE EJECUCIÓN DE ACTIVIDADES:	CENTRO DE SALUD PRIMERO DE MAYO		
NOMBRE DEL SUPERVISOR:	ANA MARGARET RABA SIERRA		

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	OBLIGACIÓN 1. Garantizar el diligenciamiento de la historia clínica con oportunidad conforme a la normatividad colombiana vigente, de acuerdo con la Resolución 1995 de 1999, asegurando siempre la claridad y exactitud de la información registrada dentro del aplicativo GTAPS y DINAMICA. 1.1 ACTIVIDAD REALIZADA: Se garantizó el diligenciamiento oportuno de las historias clínicas bajo los estándares de la Resolución 1995 de 1999, registrando información clara y exacta en los aplicativos GTAPS y DINAMICA. 1.2 PRODUCTO O EVIDENCIA: Registros de historias clínicas en aplicativos GTAPS y DINAMICA.
2	OBLIGACIÓN 2. Diligenciar la información de la atención en los aplicativos DINAMICA y GTAPS de la SDS diariamente a completitud, con veracidad y calidad del dato dentro de las primeras 24 horas posteriores a la intervención. 2.1 ACTIVIDAD REALIZADA: Se realizó el cargue diario de la información de atención en los aplicativos DINAMICA y GTAPS con veracidad y calidad del dato, cumpliendo con el tiempo límite de 24 horas posteriores a cada intervención. 2.2 PRODUCTO O EVIDENCIA: Reporte de cargue de datos en aplicativos institucionales y soportes de auditoría.
3	OBLIGACIÓN 3. Brindar información y orientación al paciente y a su familia acerca de la condición clínica, los planes de manejo y las recomendaciones, así como resolver inquietudes relacionadas con el proceso de traslado. 3.1 ACTIVIDAD REALIZADA: Se brindó orientación detallada a pacientes y familiares sobre condiciones clínicas, planes de manejo y recomendaciones, resolviendo dudas frente a procesos de traslado. 3.2 PRODUCTO O EVIDENCIA: Registro de evolución en historia clínica y firmas de recibido en consentimientos o recomendaciones.
4	OBLIGACIÓN 4. Participar de manera activa y comprometida en las asistencias técnicas, capacitaciones, comités, reuniones y actividades de servicio organizadas por la Dirección Integral de Gestión del Riesgo en Salud. 4.1 ACTIVIDAD REALIZADA: Se participó activamente en las asistencias técnicas, capacitaciones, comités y reuniones programadas por la Dirección Integral de Gestión del Riesgo en Salud. 4.2 PRODUCTO O EVIDENCIA: Listas de asistencia, actas de reunión y certificados de capacitación.
5	OBLIGACIÓN 5. Garantizar la confidencialidad de la información y la integridad de los registros clínicos. 5.1 ACTIVIDAD REALIZADA: Se garantizó la reserva y protección de los datos sensibles de los pacientes, asegurando la integridad de cada registro clínico manejado. 5.2 PRODUCTO O EVIDENCIA: Manejo seguro de credenciales de acceso y registros clínicos sin alteraciones.
6	OBLIGACIÓN 6. Conocer y cumplir la política de seguridad del paciente, así como reportar eventos adversos e incidentes. 6.1 ACTIVIDAD REALIZADA: Se dio cumplimiento a la Política de Seguridad del Paciente mediante la aplicación de barreras de seguridad y el reporte oportuno de incidentes o eventos adversos si los hubiere. 6.2 PRODUCTO O EVIDENCIA: Reportes en el aplicativo de seguridad del paciente y aplicación de protocolos de atención segura.
7	OBLIGACIÓN 7. Comunicar oportunamente al supervisor del contrato cualquier situación que pueda impactar el cumplimiento de las obligaciones contractuales. 7.1 ACTIVIDAD REALIZADA: Se mantuvo comunicación constante y oportuna con la supervisión del contrato informando novedades que pudiesen afectar la prestación del servicio. 7.2 PRODUCTO O EVIDENCIA: Comunicaciones vía correo electrónico, actas de supervisión o registros de novedades.
8	OBLIGACIÓN 8. Cumplir con los estándares de consulta según la Resolución 3280-2018 (Anamnesis, examen físico, escalas, diagnósticos CIE-10 y plan de manejo) según perfil de medicina y autorizaciones de las EAPB. 8.1 ACTIVIDAD REALIZADA: Se ejecutaron consultas médicas bajo los estándares de la Resolución 3280-2018, realizando anamnesis, examen físico por sistemas, aplicación de escalas/tamizajes, diagnósticos CIE-10 y planes de manejo autorizados. 8.2 PRODUCTO O EVIDENCIA: Historias clínicas con estructura 3280 y soportes de escalas aplicadas.
9	OBLIGACIÓN 9. Diligenciar formato de canalización SIRC con calidad y veracidad del dato de acuerdo con las necesidades según lineamiento, dentro de las primeras 24 horas de la intervención. 9.1 ACTIVIDAD REALIZADA: Se diligenciaron y gestionaron los formatos de canalización SIRC de manera veraz, cumpliendo con los lineamientos técnicos dentro de las 24 horas posteriores a la atención. 9.2 PRODUCTO O EVIDENCIA: Formatos SIRC debidamente diligenciados y cargados.

10	OBLIGACIÓN 10. Diligenciar y enviar fichas de notificación de SIVIGILA, SIVIM o SISVECOS de acuerdo con el riesgo identificado con veracidad del dato dentro de las primeras 24 horas. 10.1 ACTIVIDAD REALIZADA: Se identificaron riesgos y se diligenciaron las fichas de notificación para SIVIGILA, SIVIM o SISVECOS según correspondió, enviándolas en el tiempo normativo de 24 horas. 10.2 PRODUCTO O EVIDENCIA: Fichas de notificación epidemiológica diligenciadas y reportes de envío.
11	OBLIGACIÓN 11. Cumplir con la duración de la visita individual de 30 minutos (dos visitas por cada hora de acciones colectivas). 11.1 ACTIVIDAD REALIZADA: Se cumplió con el tiempo estipulado para visitas individuales (30 min) y la respectiva proporcionalidad para el desarrollo de acciones colectivas en campo. 11.2 PRODUCTO O EVIDENCIA: Planillas de actividades diarias y registros de tiempos en aplicativos.
12	OBLIGACIÓN 12. Realizar las demás actividades relacionadas con el cargo que sean asignadas por el supervisor del contrato. 12.1 ACTIVIDAD REALIZADA: Se atendieron y ejecutaron de manera satisfactoria las actividades adicionales y complementarias asignadas por la supervisión del contrato relacionadas con el objeto contractual. 12.2 PRODUCTO O EVIDENCIA: Reporte de actividades adicionales y soportes documentales entregados.

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 (2026-04-13) AL (2026-04-30)

IV. INFORMACIÓN DE APORTES A SEGURIDAD SOCIAL

No. DE PLANILLA:	N° 75540928	OPERADOR:	MI PLANILLA

CONCEPTO DEL PAGO	ENTIDAD	FECHA DE PAGO	VALOR PAGADO
SALUD:	SALUD TOTAL	2026/04/14	$ 220.600
PENSIÓN:	COLPENSIONES	2026/04/14	$ 282.400
RIESGOS LABORALES:	POSITIVA	2026/04/14	$ 43.000
OTRO			
TOTAL PAGADO			$ 546.000

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	*JHONATAN SMITH PARDO BRIÑEZ* *PS_3692_2026_1FB0F2* **JHONATAN SMITH PARDO BRIÑEZ** **CC: 1019089002**

FIRMA DE QUIEN VALIDA	*LUZ ADRIANA CALDERON RAMIREZ* *PS_3692_2026_1FB0F2* **LUZ ADRIANA CALDERON RAMIREZ** **SUPERVISOR ALTERNO**
FIRMA DE QUIEN CONVALIDA EL CUMPLIMIENTO DE LAS OBLIGACIONES PARA EL PRESENTE PERIODO DE PAGO	*ANA MARGARET RABA SIERRA* *PS_3692_2026_1FB0F2* **ANA MARGARET RABA SIERRA** **SUPERVISOR DEL CONTRATO**

compensar | miplanilla.com

PLANILLA INTEGRADA DE AUTOLIQUIDACION DE APORTES

DATOS DEL APORTANTE						
TIPO	NÚMERO	NOMBRE APORTANTE	DIRECCIÓN	TELÉFONO	CORREO	EXONERADO PAGO PARAFISCALES Y SALUD
CC	1019089002	JHONATAN SMITH PARDO BRIÑEZ	calle 128 #88 a 05	5399578	smithpardo150@gmail.com	
FORMA PRESENTACIÓN	CLASE APORTANTE	NOMBRE SUCURSAL / CÓDIGO	DEPARTAMENTO	CIUDAD / MUNICIPIO		
ÚNICA	I – Independiente		BOGOTÁ D. C.	BOGOTÁ, D.C.		NO

DATOS DE LA PLANILLA					
PLANILLA ASOCIADA	FECHA PAGO ASOCIADA (DIA/MES/AÑO)	NÚMERO PLANILLA	FECHA PAGO (DIA/MES/AÑO)	CANTIDAD EMPLEADOS	CANTIDAD UPC
		75540928	14/04/2026	1	0
PERIODO SALUD	PERIODO PENSIÓN	TIPO PLANILLA	TOTAL NÓMINA	TOTAL A PAGAR	
2026-03	2026-03	I	$0	$549.100	

TOTALES POR SUBSISTEMAS

TOTALES SALUD

Código EPS	Nombre	NIT	Cotización Obligatoria	UPC Adicional	Incapacidades		Licencia Maternidad		Días Mora	Valor Mora Cotización	Valor Mora UPC	Total a Pagar	No. Afiliados
					No. Autorización	Valor	No. Autorización	Valor					
EPS002	Salud Total EPS	800130907-4	220.600	0		0		0	8	1.200	0	221.800	1

TOTALES PENSIÓN

Código AFP	Nombre	NIT	Cotización Obligatoria	Aporte Voluntario Afiliado	Aporte Voluntario Aportante	Aporte FSP - Solidaridad	Aporte FSP - Subsistencia	Días Mora	Valor Mora Cotización	Valor Mora FSP	Total a Pagar	No. Afiliados
25-14	Colpensiones	900336004-7	282.400	0	0	0	0	8	1.600	0	284.000	1

TOTALES RIESGOS LABORALES

Código ARL	Nombre	NIT	Cotización Obligatoria	Incapacidades		Aportes Otros Sistemas	Valor Neto Cotización	Días Mora	Valor Mora Cotización	Subtotal Cotización	No. Radicado Saldo a Favor	Valor Saldo a Favor	Fondo Solidaridad	Total a Pagar	No. Afiliados
				No. Autorización	Valor										
14-23	Positiva Seguros	860011153-6	43.000				43.000	8	300	43.300			430	43.300	1

TOTALES CAJAS

Código CCF	Nombre	NIT	Valor Aporte	Días Mora	Valor Mora Aporte	Total a Pagar	No. Afiliados

TOTALES PARAFISCALES

Valor Aporte	Días Mora	Valor Mora Aporte	Total a Pagar	No. Afiliados
SENA				
0	8	0	0	0
ICBF				
0	8	0	0	0
ESAP				
MEN				

TOTALES POR SUBSISTEMA

Tipo Administradora	No. Administradoras Reportadas	Valor antes de IGE, LMA, IRP y Mora	Total a Pagar
Salud	1	220.600	221.800
Pensión	1	282.400	284.000
Riesgos Laborales	1	43.000	43.300
CCF	0	0	0
ESAP	0	0	0
ICBF	0	0	0
MEN	0	0	0
SENA	0	0	0
TOTALES	3	546.000	549.100

PAGADA

Este documento está clasificado como PRIVADO por parte de Compensar Operador de Información

compensar | miplanilla.com

PLANILLA INTEGRADA DE AUTOLIQUIDACION DE APORTES

DATOS DEL APORTANTE						
TIPO	NÚMERO	NOMBRE APORTANTE	DIRECCIÓN	TELÉFONO	CORREO	EXONERADO PAGO PARAFISCALES Y SALUD
CC	1019089002	JHONATAN SMITH PARDO BRIÑEZ	calle 128 #88 a 05	5399578	smithpardo150@gmail.com	
FORMA PRESENTACIÓN	CLASE APORTANTE	NOMBRE SUCURSAL / CÓDIGO	DEPARTAMENTO	CIUDAD / MUNICIPIO		
ÚNICA	I – Independiente		BOGOTÁ D. C.	BOGOTÁ, D.C.		NO

DATOS DE LA PLANILLA					
PLANILLA ASOCIADA	FECHA PAGO ASOCIADA (DIA/MES/AÑO)	NÚMERO PLANILLA	FECHA PAGO (DIA/MES/AÑO)	CANTIDAD EMPLEADOS	CANTIDAD UPC
		75540928	14/04/2026	1	0
PERIODO SALUD	PERIODO PENSIÓN	TIPO PLANILLA	TOTAL NÓMINA	TOTAL A PAGAR	
2026-03	2026-03	I	$0	$549.100	

DETALLE POR COTIZANTE

INFORMACIÓN COTIZANTE								INFORMACIÓN NOVEDADES																		PENSIÓN								SALUD					RIESGOS LABORALES					CCF				PARAFISCALES				
No.	Tipo y Número de Identificación	Apellidos y Nombres	Cotizante	Subtipo	Extranjero	Colom. exterior	Exonerado	ING	RET	TDE	TAE	TDP	TAP	VSP	VST	SLN	IGE	LMA	VAC	AVP	VCT	IRL	CORRECCIÓN	Cód. AFP	IBC AFP	Días	Cotización	Voluntario Afiliado	Voluntario Aportante	Fondo pensional de solidaridad	Fondo pensional de subsistencia	Cód. EPS	IBC EPS	Días	Cotización / Valor UPC	Cód. ARL	IBC ARL	Días	Clase de Riesgo	Cotización	Código CCF	IBC CCF	Días	Aporte CCF	IBC otros parafiscales	Aporte SENA	Aporte ICBF	Aporte ESAP	Aporte MEN
1	CC 1019089002	PARDO BRIÑEZ JHONATAN SMITH	59	0			N																	25-14	1.764.400	30	282.400	0	0	0	0	EPS002	1.764.400	30	220.600	14-23	1.764.400	30	3	43.000		0	0	0	0	0	0	0	0	0

PAGADA

Este documento está clasificado como PRIVADO por parte de Compensar Operador de Información

DAVIVIENDA

Pago PSE

Resultado de su transacción

Código único CUS
222775119

Destino de pago
COMPENSAR-OI

Motivo
MiPlanilla.com Pago Proteccion Social

Fecha
14/04/2026

Número de aprobación
00775119

Dirección IP
186.154.57.78

Valor transacción
$ 549.100,00

Costo de la transacción
$ 0,00 IVA incluido

Referencia 1	Referencia 2	Referencia 3
186.154.57.78	CC	1019089002

VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA Banco Davivienda S.A. Todos los derechos reservados 2017. DAVIVIENDA

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

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

Documentos de ejecución del contrato

Datos guardados

	Descripción	Nombre del archivo	Cargado por
☐	PS_7492_2025_CUENTA_DE_COBRO_OCTUBRE_2025.pdf	PS_7492_2025_CUENTA_DE_COBRO_OCTUBRE_2025.pdf	Proveedor
☐	PS_7492_2025_CUENTA_DE_COBRO_NOVIEMBRE_2025.pdf	PS_7492_2025_CUENTA_DE_COBRO_NOVIEMBRE_2025.pdf	Proveedor
☐	PS_7492_2025_CUENTA_DE_COBRO_DICIEMBRE_2025.pdf	PS_7492_2025_CUENTA_DE_COBRO_DICIEMBRE_2025.pdf	Proveedor
☐	PS_7492 _2025_CUENTA_DE_COBRO_ENERO_2026.pdf	PS_7492 _2025_CUENTA_DE_COBRO_ENERO_2026.pdf	Proveedor
☐	PS_7492 _2025_CUENTA_DE_COBRO_FEBRERO_2026.pdf	PS_7492 _2025_CUENTA_DE_COBRO_FEBRERO_2026.pdf	Proveedor
	PS_7690 _2025_CUENTA_DE_COBRO_MARZO_2026.pdf (Archivado)	PS_7690 _2025_CUENTA_DE_COBRO_MARZO_2026.pdf	Proveedor
☐	PS_7492 _2025_CUENTA_DE_COBRO_MARZO_2026.pdf	PS_7492 _2025_CUENTA_DE_COBRO_MARZO_2026.pdf	Proveedor

Cancelar

< Evaluación