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:	**JOHN ANDREY CASTRO BENAVIDES**			**CC:**	**1022965013**
CORREO ELECTRÓNICO:	**JOHNCASTRO1503@GMAIL.COM**			**TELÉFONO:**	**3134393506**
DIRECCIÓN DOMICILIO:	**KR 5 ESTE 97B 58 SUR**			**CIUDAD:**	**BOGOTA**
BANCO AL CUAL CONSIGNAR:	**BANCO DAVIVIENDA S.A.**	**TIPO DE CUENTA:**	**AHORROS**	**N° CUENTA:**	**8400693811**
DATOS DEL CONTRATO O ADICION Y PERIODO OBJETO DE PAGO					
Nº DEL CONTRATO:	**PS 1873 2026**	**VALOR CORRESPONDIENTE AL PERIODO OBJETO DE COBRO**			**$ 3.191.160**
FECHA DE INICIO CONTRATO	**2026/02/03**	**FECHA DE TERMINACIÓN CONTRATO:**			**2026/05/31**
PERIODO OBJETO DE COBRO:	**DEL 2026/04/01 AL 2026/04/30**				

JOHN ANDREY CASTRO BENAVIDES
PS_1873_2026_8A298F

NOMBRE Y FIRMA DEL CONTRATISTA:
JOHN ANDREY CASTRO BENAVIDES
CC: 1022965013
CEL: 3134393506

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			
JOHN ANDREY CASTRO BENAVIDES			
	CON C.C N°	**1.022.965.013**	
OBJETO DEL CONTRATO:	PRESTAR SERVICIOS COMO TECNOLOGO DE APOYO A LA GESTION III PARA DESARROLLAR ACTIVIDADES EN LA DIRECCION FINANCIERA DE LA SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E.		
CONTRATO DE PRESTACION DE SERVICIOS PROFESIONALES No.	**PS 1873 2026**	**FECHA INICIO CONTRATO**	**2026/02/03**
VALOR INICIAL DEL CONTRATO	$ 12.764.640	**No. HORAS EJECUTADAS**	**0**
VALOR TOTAL DEL CONTRATO INCLUIDO ADICIONES:	$ 12.764.640	**VALOR DE HONORARIOS PERÍODO A CERTIFICAR:**	$ 3.191.160
PLAZO DEL CONTRATO INCLUYENDO PRORROGAS	CUATRO (4) MESES		
UNIDAD FUNCIONAL DE EJECUCIÓN DE ACTIVIDADES:	HOSPITAL SANTA CLARA		
NOMBRE DEL SUPERVISOR:	ANDRES FELIPE GUZMAN CRUZ		

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- Realice cruces de información, verificando la facturación de actividades intermedias, según el detallado de facturación, según el anexo técnico 9 del contrato 003 por registros y cantidad facturada SUBSIDIADO 18145053 CONTRIBUTIVO 324011 2-Notifique inconsistencias por errores de facturación a las unidades, referentes y analistas. SUBSIDIADO 2717 CONTRIBUTIVO 122 3-Realice cruces de información, verificando actividades finales en la facturación a tarifa 2423/96 y según manual de facturación del contrato 003 de PGP (ANEXO TECNICO 6) en el detallado de facturación. SUBSIDIADO 9595 CONTRIBUTIVO 681 4-Agrupe actividades FINALES vs INTERMEDIAS por registros y cantidad facturada SUBSIDIADO 18176329 CONTRIBUTIVO 326115 5-Realice anexo tecnico 1 agrupando actividades finales según manual de facturación anexo tecnico 6 del contrato 003/2023 adicion presupuestal SUBSIDIADO 9595 CONTRIBUTIVO 681 6-Verifique en dinámica gerencial, en el módulo de historia clínica procedimientos quirúrgicos, egresos especializados, consultas de urgenciasy unidad renal SUBSIDIADO 9595 CONTRIBUTIVO 681 7-Realice seguimiento y control por unidad de las inconsistencias reportadas SUBSIDIADO 2717 CONTRIBUTIVO 122 8-Socialice Anexos técnicos del PGP para revisión y cumplimiento de SENDAS, previo a la radicación, envío de sendas parciales, para conocimiento de las diferentes áreas SUBSIDIADO 9595 CONTRIBUTIVO 681 9-Genere las Facturas Globales por el techo del contrato 003 factura SSCO0007816803 $ $ 15.971.671.404 Y SSCO0007816805 $ 1.257.904.992 SUBSIDIADO 1 CONTRIBUTIVO 1 10-Realice Oficios con la relación de las TIPOLOGÍAS mensuales para su respectiva radicación.SSCO0007816803 $ $ 15.971.671.404 Y SSCO0007816805 $ 1.257.904.992 SUBSIDIADO 1 CONTRIBUTIVO 1 11-Busque Diagnósticos para actividades finales, según anexo SUBSIDIADO 59 CONTRIBUTIVO 30 12-Respondi alertas administrativas correspondiente_ SUBSIDIADO N/A CONTRIBUTIVO N/A 13-Notifique a la diferentes areas asistencias tipologias parciales para revision previa y auditoria asistencial total registros Subdiado SUBSIDIADO 9595 CONTRIBUTIVO 681 14-Notifique reingresos de urgencias para dar cumplimiento al anexo tecnico 6 manual de facturacion contrato 003 SUBSIDIADO 331 CONTRIBUTIVO 47 15-Realice radicacion de las tipologias y facturas globales en la plataforma de capital salud SSCO0007816803 $ $ 15.971.671.404 Y SSCO0007816805 $ 1.257.904.992 SUBSIDIADO 1 CONTRIBUTIVO 1 16-Realice radicacion en el sistema de informacion DGH para las factura globales subsidaido y contributivoSSCO0007816803 $ $ 15.971.671.404 Y SSCO0007816805 $ 1.257.904.992 SUBSIDIADO 1 CONTRIBUTIVO 1 17-Verifique y cruce informacion en el anexo tecnico de actividades finales el tipo de documento de identificacion para cada usuario SUBSIDIADO 9595 CONTRIBUTIVO 681 18-Envie detallados para el descargue de epicrisis de acuerdo al manual de facturacion anexo tecnico 6 SUBSIDIADO 1710 CONTRIBUTIVO 86 19-Realice cruce de informacion contra base de datos de los usuarios fallecidos de acuerdo al manual de facturacion anexo tecnico 6 SUBSIDIADO 9595 CONTRIBUTIVO 681 20-Realice cruce informacion para identificar duplicidades en consultas de urgencias por registros y cantidad facturada SUBSIDIADO 5922 CONTRIBUTIVO 639 21-Realice verificacion de cantidades excesivas para las actividades intermedias y finales por registros y cantidad facturada SUBSIDIADO 18176329 CONTRIBUTIVO 324011 22-Verifique distribucion de servicios por hora y fechas acordes a la realizacion de cada actividad en salud por registros y cantidad facturada SUBSIDIADO 18176329 CONTRIBUTIVO 324011

1	23-Verifique rango de fechas acordes al ingreso y egreso para el ambito hospitalario, cirugia ambulatoria y urgencias por registros y cantidad facturada SUBSIDIADO 18176329 CONTRIBUTIVO 324011 24-Realice seguimiento en la facturacion de cuidados intermedios adultos, pediatricos y neonatales en la verificacion de criterios para su cobro SUBSIDIADO 235 CONTRIBUTIVO 10 25-Realice seguimiento en la facturacion de cuidados intensivos adultos, pediatricos y neonatales en la verificacion de criterios para su cobro SUBSIDIADO 100 CONTRIBUTIVO 3 26-Realice seguimiento en la facturacion sin actividades finales facturadas total registros SUBSIDIADO 96700 CONTRIBUTIVO 754 27-Realice seguimiento en los procedimientos de parto y cesarea, en la subfacturacion o sobrefacturacion SUBSIDIADO 78 CONTRIBUTIVO 12 28-Realice seguimiento a las facturas sin estancia y urgencias por registros y cantidad facturadas SUBSIDIADO 104040 CONTRIBUTIVO 1889 29-Envie distribucion de actividades finales vs centro de costos SUBSIDIADO 9595 CONTRIBUTIVO 681 30-Realice seguimiento en la facturacion de procedimientos quirurgicos esto de acuerdo al manual de facturacion del contrato pgp y manual tarifario decreto 2423/96 SUBSIDIADO 1496 CONTRIBUTIVO 73 31-Envie detallados para el descargue de informes quirurgicos de acuerdo al manual de facturacion anexo tecnico 6 SUBSIDIADO 1496 CONTRIBUTIVO 73 32-Realice cruce informacion para la tipologia RENAL 1 para la consolidacion de la informacion SUBSIDIADO 71 CONTRIBUTIVO 7 33-Realice seguimiento a las facturas con estancia vs dias transcurridos por registros y cantidad de facturas SUBSIDIADO 1710 CONTRIBUTIVO 86

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 (2026-04-01) AL (2026-04-30)

IV. INFORMACIÓN DE APORTES A SEGURIDAD SOCIAL

No. DE PLANILLA:	N° 74916083	OPERADOR:	MI PLANILLA

CONCEPTO DEL PAGO	ENTIDAD	FECHA DE PAGO	VALOR PAGADO
SALUD:	SANITAS	2026/04/10	$ 219.400
PENSIÓN:	COLFONDOS	2026/04/10	$ 280.800
RIESGOS LABORALES:	SURA	2026/04/10	$ 42.800
OTRO			
TOTAL PAGADO			$ 543.000

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	*JOHN ANDREY CASTRO BENAVIDES* *PS_1873_2026_8A298F* **JOHN ANDREY CASTRO BENAVIDES** **CC: 1022965013**

FIRMA DE QUIEN VALIDA	*YAMILE CANO HERRERA* *PS_1873_2026_8A298F* **YAMILE CANO HERRERA** **SUPERVISOR ALTERNO**
FIRMA DE QUIEN CONVALIDA EL CUMPLIMIENTO DE LAS OBLIGACIONES PARA EL PRESENTE PERIODO DE PAGO	*ANDRES FELIPE GUZMAN CRUZ* *PS_1873_2026_8A298F* **ANDRES FELIPE GUZMAN CRUZ** **SUPERVISOR DEL CONTRATO**