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:	**GERMAN CAMILO CAICEDO PEREZ**			**CC:**	**79791471**
CORREO ELECTRÓNICO:	**CAICEDOPEREZGERMANCAMILO6@GMAIL.COM**			**TELÉFONO:**	**3045790390**
DIRECCIÓN DOMICILIO:	**CL 119A 57 40**			**CIUDAD:**	**BOGOTA**
BANCO AL CUAL CONSIGNAR:	**BANCO DAVIVIENDA S.A.**	**TIPO DE CUENTA:**	**AHORROS**	**N° CUENTA:**	**004870308188**
DATOS DEL CONTRATO O ADICION Y PERIODO OBJETO DE PAGO					
Nº DEL CONTRATO:	**PS 2137 2026**	**VALOR CORRESPONDIENTE AL PERIODO OBJETO DE COBRO**			**$ 12.160.890**
FECHA DE INICIO CONTRATO	**2026/02/01**	**FECHA DE TERMINACIÓN CONTRATO:**			**2026/05/31**
PERIODO OBJETO DE COBRO:	**DEL 2026/04/01 AL 2026/04/30**				

GERMAN CAMILO CAICEDO PEREZ
PS_2137_2026_C0D998

NOMBRE Y FIRMA DEL CONTRATISTA:
GERMAN CAMILO CAICEDO PEREZ
CC: 79791471
CEL: 3045790390

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			
GERMAN CAMILO CAICEDO PEREZ			
	CON C.C N°	**79.791.471**	
OBJETO DEL CONTRATO:	PRESTAR SERVICIOS COMO MEDICO (A) ESPECIALISTA MEDICINA INTERNA PARA DESARROLLAR ACTIVIDADES EN LA DIRECCION DE SERVICIOS AMBULATORIOS DE LA SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E.		
CONTRATO DE PRESTACION DE SERVICIOS PROFESIONALES No.	**PS 2137 2026**	**FECHA INICIO CONTRATO**	**2026/02/01**
VALOR INICIAL DEL CONTRATO	$ 71.807.160	**No. HORAS EJECUTADAS**	**126**
VALOR TOTAL DEL CONTRATO INCLUIDO ADICIONES:	$ 71.807.160	**VALOR DE HONORARIOS PERÍODO A CERTIFICAR:**	$ 12.160.890
PLAZO DEL CONTRATO INCLUYENDO PRORROGAS	CUATRO (4) MESES		
UNIDAD FUNCIONAL DE EJECUCIÓN DE ACTIVIDADES:	CENTRO DE SALUD PERSEVERANCIA		
NOMBRE DEL SUPERVISOR:	GLORIA MARITZA PINILLA PINILLA		

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	Diligenciar el consentimiento informado acorde con la atención brindada
2	Notificar los sucesos de calidad que se presenten en el servicio, participar en los análisis a los que sea convocado e implementar las acciones de mejora definidas para el servicio
3	Reportar los eventos de notificación obligatoria con la oportunidad establecida en la normatividad vigente
4	Llevar registro de la atención de los procedimientos, actividades e intervenciones, así como mantener actualizados los informes estadísticos definidos por la normatividad vigente y todos aquellos registros necesarios para el cumplimiento de los procesos de costos y facturación
5	Cumplir con las exigencias legales y éticas para el manejo adecuado de la historia clínica
6	Realizar resúmenes de historia clínica, epicrisis u otros documentos asistenciales o administrativos según se requiera.
7	Realizar las actividades y procedimientos diagnósticos y terapéuticos señalados para el manejo de patologías establecidos dentro del plan de atención de su especialidad en Consulta externa.
8	Diligenciar en forma adecuada los formatos o instrumentos propios de su actuar con criterios de legibilidad, oportunidad e integralidad
9	Practicar el seguimiento y control a pacientes en los que se requiera su participación
10	Impartir instrucciones al equipo de salud sobre los procedimientos ordenados al paciente
11	Participar en la programación de actividades del área
12	126 HORAS MES ABRIL 2026

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° 9503129831	OPERADOR:	APORTES EN LINEA
CONCEPTO DEL PAGO	ENTIDAD	FECHA DE PAGO	VALOR PAGADO
SALUD:	ALIANSALUD	2026/04/20	$ 654.800

PENSIÓN:	PORVENIR	2026/04/20	$ 838.100
RIESGOS LABORALES:	SURA	2026/04/20	$ 127.600
OTRO			
TOTAL PAGADO			$ 1.620.500

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	*GERMAN CAMILO CAICEDO PEREZ* *PS_2137_2026_C0D998* **GERMAN CAMILO CAICEDO PEREZ** **CC: 79791471**
FIRMA DE QUIEN CONVALIDA EL CUMPLIMIENTO DE LAS OBLIGACIONES PARA EL PRESENTE PERIODO DE PAGO	*GLORIA MARITZA PINILLA PINILLA* *PS_2137_2026_C0D998* **GLORIA MARITZA PINILLA PINILLA** **SUPERVISOR DEL CONTRATO**

aportes en línea

Resumen General de Pago

DATOS GENERALES DEL APORTANTE

Identificación	dv	Razon Social	Clase Aportante	Sucursal Principal	Direccion	Ciudad-Departamento	Teléfono	Exonerado SENA e ICBF
CC 79791471		CAICEDO PEREZ GERMAN CAMILO	INDEPENDIENTE	PRINCIPAL	cll 119 a 57 40	BOGOTA-BOGOTA D.E.	8070109	No

DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION

Periodo		Clave		Tipo	Fecha		Pago		
Pensión	Salud	Pago	Planilla	Planilla	Limite	Pago	Banco	Dias Mora	Valor
2026-03	2026-03	238180043	9503129831	I	2026/04/20	2026/04/20	BANCO DAVIVIENDA	0	$1,620,500

LIQUIDACION DETALLADA DE APORTES

EMPLEADO					PENSION		SALUD				CCF				RIESGOS				PARAFISCALES		
No.	Identificación	Nombres	Codigo	Días	IBC	Aporte	Codigo	Días	IBC	Aporte	Codigo	Días	IBC	Aporte	Codigo	Días	IBC	Aporte	Días	IBC	Aporte
Sucursal: PRINCIPAL (1 Afiliados)					$5,238,000	$838,100			$5,238,000	$654,800			$0	$0			$5,238,000	$127,600		$0	$0
Centro de Trabajo: PRINCIPAL (1 Afiliados)					$5,238,000	$838,100			$5,238,000	$654,800			$0	$0			$5,238,000	$127,600		$0	$0
Ciudad: BOGOTA Depto: BOGOTA D.E. (1 Afiliados)					$5,238,000	$838,100			$5,238,000	$654,800			$0	$0			$5,238,000	$127,600		$0	$0
1	CC 79791471	CAICEDO GERMAN	230301	30	$5,238,000	$838,100	EPS001	30	$5,238,000	$654,800		0	$0	$0	14-11	30	$5,238,000	$127,600	0	$0	$0
Total		**Afiliados(1)**			$5,238,000	$838,100			$5,238,000	$654,800			$0	$0			$5,238,000	$127,600		$0	$0

aportes en línea

Resumen General de Pago

DATOS GENERALES DEL APORTANTE

Identificación	dv	Razon Social	Clase Aportante	Sucursal Principal	Direccion	Ciudad-Departamento	Teléfono	Exonerado SENA e ICBF
CC 79791471		CAICEDO PEREZ GERMAN CAMILO	INDEPENDIENTE	PRINCIPAL	cll 119 a 57 40	BOGOTA-BOGOTA D.E.	8070109	No

DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION

Periodo		Clave		Tipo	Fecha		Pago		
Pensión	Salud	Pago	Planilla	Planilla	Limite	Pago	Banco	Dias Mora	Valor
2026-03	2026-03	238180043	9503129831	I	2026/04/20	2026/04/20	BANCO DAVIVIENDA	0	$1,620,500

RESUMEN DE PAGO

RIESGO	CODIGO	NIT	DV	AFILIADOS	VALOR LIQUIDADO	INTERESES MORA	SALDOS E INCAPACIDADES	VALOR A PAGAR
AFP (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$838,100	$0	$0	$838,100
PORVENIR	230301	800,224,808	8	1	$838,100	$0	$0	$838,100
ARL (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$127,600	$0	$0	$127,600
ARL SURA	14-11	890,903,790	5	1	$127,600	$0	$0	$127,600
EPS (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$654,800	$0	$0	$654,800
ALIANSALUD EPS (ANTES COLMEDICA)	EPS001	830,113,831	0	1	$654,800	$0	$0	$654,800
TOTAL				**1**	**$1,620,500**	**$0**	**$0**	**$1,620,500**

Documentos de ejecución del contrato

	Descripción	Nombre del archivo	Cargado por		
☐	1 PS 2137 2026 CRP -9014.pdf	1 PS 2137 2026 CRP -9014.pdf	Comprador	Descargar	Detalle
☐	PS 2137 2026 CUENTA DE COBRO FEBRERO 2026.pdf	PS 2137 2026 CUENTA DE COBRO FEBRERO 2026.pdf	Comprador	Descargar	Detalle
☐	PS 2137 2026 CUENTA DE COBRO MARZO 2026.pdf	PS 2137 2026 CUENTA DE COBRO MARZO 2026.pdf	Comprador	Descargar	Detalle

Borrar | Cargar nuevo