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: (31-05-2026)					
NOMBRES Y APELLIDOS:	**OSCAR ANIBAL BERNAL GARCIA**			**CC:**	**1109383383**
CORREO ELECTRÓNICO:	**ING.OABERNAL@GMAIL.COM**			**TELÉFONO:**	**3025995711**
DIRECCIÓN DOMICILIO:	**KR 81A 82 35**			**CIUDAD:**	**BOGOTA**
BANCO AL CUAL CONSIGNAR:	**BANCO DAVIVIENDA S.A.**	**TIPO DE CUENTA:**	**AHORROS**	**N° CUENTA:**	**166070560999**
DATOS DEL CONTRATO O ADICION Y PERIODO OBJETO DE PAGO					
Nº DEL CONTRATO:	**PS 2779 2026**	**VALOR CORRESPONDIENTE AL PERIODO OBJETO DE COBRO**			**$ 5.593.940**
FECHA DE INICIO CONTRATO	**2026/02/03**	**FECHA DE TERMINACIÓN CONTRATO:**			**2026/05/31**
PERIODO OBJETO DE COBRO:	**DEL 2026/05/01 AL 2026/05/31**				

OSCAR ANIBAL BERNAL GARCIA
PS_2779_2026_2AB3EF

NOMBRE Y FIRMA DEL CONTRATISTA:
OSCAR ANIBAL BERNAL GARCIA
CC: 1109383383
CEL: 3025995711

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			
OSCAR ANIBAL BERNAL GARCIA			
	CON C.C N°	**1.109.383.383**	
OBJETO DEL CONTRATO:	PRESTAR SERVICIOS COMO PROFESIONAL ESPECIALIZADO III PARA DESARROLLAR ACTIVIDADES EN LA OFICINA ASESORA DE DESARROLLO INSTITUCIONAL DE LA SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E.		
CONTRATO DE PRESTACION DE SERVICIOS PROFESIONALES No.	**PS 2779 2026**	**FECHA INICIO CONTRATO**	**2026/02/03**
VALOR INICIAL DEL CONTRATO	$ 22.375.760	**No. HORAS EJECUTADAS**	**0**
VALOR TOTAL DEL CONTRATO INCLUIDO ADICIONES:	$ 22.375.760	**VALOR DE HONORARIOS PERÍODO A CERTIFICAR:**	$ 5.593.940
PLAZO DEL CONTRATO INCLUYENDO PRORROGAS	CUATRO (4) MESES		
UNIDAD FUNCIONAL DE EJECUCIÓN DE ACTIVIDADES:	SEDE ADMINISTRATIVA DIAGONAL 34		
NOMBRE DEL SUPERVISOR:	MIGUEL ÁNGEL TELLO MEDINA		

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	Revisión de archivos enviados por el área de TICS (TOT DE OPORTUNIDAD) para actividades de equipo estadístico del área gestión de la información) Seguimiento de tablero de indicadores " Tablero Indicadores" y "Subredco 2017-2025" para procesos de gestión de la información para el mes de Mayo Actualización de "Tablero Indicadores" C. EXTERNA diariamente para conocimiento de toda la SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E. Validación de tiempos de oportunidad en bases entregadas por parte del área de TICS (TOT PROCED) resolución 256 - 1552 liderada la referente Andrés Rodríguez Desarrollo de archivo base de OPORTUNIDAD e INASISTENCIA de las atenciones asignadas a las diferentes unidades de la SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E. para el mes de Mayo Desarrollo, validación, auditoria de información del TOT DE OPORTUNIDAD para manejo de consultas PRIMERA VEZ y CONTROL y posterior procesamiento de la información por el equipo de estadística Desarrollo de tablero para validación de OPORTUNIDAD e INASISTENCIA por parte de las unidades de toda la SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E. para el mes de Mayo Desarrollo y envió de reporte de resolución 1552 para EAPBS Desarrollo y envió de reporte de inasistencia a CAPITAL SALUD Desarrollo y envió de reporte de resolución 256/2016 para CAPITAL SALUD EPS , NUEVA EPS SANITAS, COOSALUDY PIJAOS Desarrollo y envió de reporte de resolución 2335/2023 para CAPITAL SALUD EPS Y ASMET SALUD conciliación con todas las unidades de toda la SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E para la validación de PRODUCCION FACTURADA, OPORTUNIDAD e INASISTENCIA Actualización de tablero de indicadores para procesos de gestión de la información para el mes de Mayo para su publicación a toda la SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E" Actualización de tablero de indicadores para procesos de gestión de la información para el mes de Mayo con cada EAPB a las cuales se le reporta información de 1552 y 256 para su publicación a toda la SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E" actualización de tablero de indicadores "SUBREDCO 2017-2025" para procesos de gestión de la información para el mes de Mayo para su publicación a toda la SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E Envió de informe de OPORTUNIDAD IMÁGENES DX para validación con las diferentes unidades para ser enviada posteriormente por parte del colaborador del área de gestión Respuesta a solicitudes que llegan a demanda al correo gestioninfodata@subredcentrooriente.gov.co

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 (2026-05-01) AL (2026-05-31)

IV. INFORMACIÓN DE APORTES A SEGURIDAD SOCIAL

No. DE PLANILLA:	N° 9503916085	OPERADOR:	APORTES EN LINEA

CONCEPTO DEL PAGO	ENTIDAD	FECHA DE PAGO	VALOR PAGADO
SALUD:	SANITAS	2026/05/27	$ 280.700
PENSIÓN:	COLPENSIONES	2026/05/27	$ 359.400
RIESGOS LABORALES:	SURA	2026/05/27	$ 54.800
OTRO			
TOTAL PAGADO			$ 694.900

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	*OSCAR ANIBAL BERNAL GARCIA* *PS_2779_2026_2AB3EF* **OSCAR ANIBAL BERNAL GARCIA** **CC: 1109383383**
FIRMA DE QUIEN CONVALIDA EL CUMPLIMIENTO DE LAS OBLIGACIONES PARA EL PRESENTE PERIODO DE PAGO	*MIGUEL ÁNGEL TELLO MEDINA* *PS_2779_2026_2AB3EF* **MIGUEL ÁNGEL TELLO MEDINA** **SUPERVISOR DEL CONTRATO**

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 1109383383		BERNAL GARCIA OSCAR ANIBAL	INDEPENDIENTE	PRINCIPAL	Cr 81a 82 35	BOGOTA-BOGOTA D.E.	2620167	No

DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION

Periodo		Clave		Tipo	Fecha		Pago		
Pensión	Salud	Pago	Planilla	Planilla	Limite	Pago	Banco	Dias Mora	Valor
2026-04	2026-04	339310962	9503916085	I	2026/05/22	2026/05/27	BANCO DAVIVIENDA	5	$694,900

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	Dias	IBC	Aporte	Codigo	Dias	IBC	Aporte	Codigo	Dias	IBC	Aporte	Codigo	Dias	IBC	Tarifa	Aporte	Dias	IBC	Aporte	Exonerado SENA e ICBF	Total Aportes
SUCURSAL: PRINCIPAL (1 Afiliados)																						**$2,237,576**	**$358,100**			**$2,237,576**	**$279,700**			**$0**	**$0**			**$2,237,576**		**$54,600**		**$0**	**$0**		**$692,400**
Centro de Trabajo: PRINCIPAL (1 Afiliados)																						**$2,237,576**	**$358,100**			**$2,237,576**	**$279,700**			**$0**	**$0**			**$2,237,576**		**$54,600**		**$0**	**$0**		**$692,400**
Ciudad: BOGOTA Depto: BOGOTA D.E. (1 Afiliados)																						**$2,237,576**	**$358,100**			**$2,237,576**	**$279,700**			**$0**	**$0**			**$2,237,576**		**$54,600**		**$0**	**$0**		**$692,400**
1	CC	1109383383 BERNAL OSCAR																		25-14	30	$2,237,576	$358,100	EPS005	30	$2,237,576	$279,700		0	$0	$0	14-11	30	$2,237,576	2.436%	$54,600	0	$0	$0	No	$692,400
Total	**Afiliados(1)**																					$2,237,576	$358,100			$2,237,576	$279,700			$0	$0			$2,237,576		$54,600		$0	$0		$692,400

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	$358,100	$1,300	$0	$359,400
COLPENSIONES	25-14	900,336,004	7	1	$358,100	$1,300	$0	$359,400
ARL (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$54,600	$200	$0	$54,800
ARL SURA	14-11	890,903,790	5	1	$54,600	$200	$0	$54,800
EPS (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$279,700	$1,000	$0	$280,700
SANITAS	EPS005	800,251,440	6	1	$279,700	$1,000	$0	$280,700
TOTAL				**1**	**$692,400**	**$2,500**	**$0**	**$694,900**