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:	**HENRY GIOVANNY MARTINEZ PULIDO**			**CC:**	**1015449880**
CORREO ELECTRÓNICO:	**HENRYMBOG@GMAIL.COM**			**TELÉFONO:**	**3188473761**
DIRECCIÓN DOMICILIO:	**KR 70A 74A 42**			**CIUDAD:**	**BOGOTA**
BANCO AL CUAL CONSIGNAR:	**BANCO DAVIVIENDA S.A.**	**TIPO DE CUENTA:**	**AHORROS**	**N° CUENTA:**	**000570110379**
DATOS DEL CONTRATO O ADICION Y PERIODO OBJETO DE PAGO					
Nº DEL CONTRATO:	**PS 1901 2026**	**VALOR CORRESPONDIENTE AL PERIODO OBJETO DE COBRO**			**$ 6.226.865**
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**				

HENRY GIOVANNY MARTINEZ PULIDO
PS_1901_2026_E396F5

NOMBRE Y FIRMA DEL CONTRATISTA:
HENRY GIOVANNY MARTINEZ PULIDO
CC: 1015449880
CEL: 3188473761

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			
HENRY GIOVANNY MARTINEZ PULIDO			
	CON C.C N°	**1.015.449.880**	
OBJETO DEL CONTRATO:	PRESTAR SERVICIOS COMO PROFESIONAL ESPECIALIZADO IV 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 1901 2026**	**FECHA INICIO CONTRATO**	**2026/02/03**
VALOR INICIAL DEL CONTRATO	$ 24.907.460	**No. HORAS EJECUTADAS**	**0**
VALOR TOTAL DEL CONTRATO INCLUIDO ADICIONES:	$ 24.907.460	**VALOR DE HONORARIOS PERÍODO A CERTIFICAR:**	$ 6.226.865
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	SE REALIZO LA COORDINACION DE LAS ACTIVIDADES DE ANALISTAS CON EL FIN DE SOPORTAR TODAS LAS ACTIVIDADES FACTURADAS
2	SE MANTUVO COMUNICACIÓN CONSTANTE CON LOS PROFESIONALES DE APOYO DEL ÁREA DE FACTURACIÓN Y DEMÁS ÁREAS, PARA GARANTIZAR LOS SOPORTES FALTANTES DE LAS FACTURAS GENERADAS EN LOS DIFERENTES ÁMBITOS.
3	SE REALIZO REPORTE DE LAS NOVEDADES DE SUPERVISIÓN PARA CERTIFICACIÓN DE PAGOS A LOS CONTRATISTAS
4	SE DESCARGARON LOS REPORTES NECESARIOS DEL SISTEMA DE INFORMACIÓN QUE PERMITAN EVIDENCIAR LAS FACTURAS ENTREGADAS, Y LAS FACTURAS FALTANTES
5	SE REVISO QUE CADA FACTURA CONTENGA LOS SOPORTES CONTEMPLADOS EN LA NORMATIVIDAD Y/O ACUERDO DE VOLUNTADES VIGENTES
6	SE HIZO ENTREGA DE LOS ARCHIVOS O ANEXOS ESTABLECIDOS POR LA NORMATIVIDAD Y/O ACUERDO DE VOLUNTADES VIGENTES
7	SE CARGARON A LAS PÁGINAS WEB DE RADICACIÓN LAS FACTURAS Y SOPORTES ESTABLECIDOS POR LA NORMATIVIDAD Y/O ACUERDO DE VOLUNTADES VIGENTES.
8	SE REALIZA GESTION PARA LA OBTENCIÓN DE SOPORTES DE RADICACIÓN DE LA FACTURACIÓN, DONDE SE EVIDENCIA LA ACEPTACIÓN EXPRESA Y TACITA DE LA FACTURA POR PARTE DE LAS ENTIDADES RESPONSABLES DE PAGO
9	SE CUMPLIERON CON LAS FECHAS DE RADICACIÓN DE LAS FACTURAS ANTE LAS ENTIDADES RESPONSABLES DE PAGO
10	SE REALIZA EL DESCARGUE, DEPURACIÓN, CRUCE Y VALIDACIÓN DE LOS ARCHIVOS RIPS ESTABLECIDOS POR LA NORMATIVIDAD Y/O ACUERDO DE VOLUNTADES VIGENTES.
11	SE CONSOLIDARON LOS RIPS DE TODAS LAS ENTIDADES PARA PRESENTAR A LA DIRECCIÓN DEL RIESGO Y ENTES QUE LO SOLICITEN
12	SE PRESENTARON LOS INFORMES QUE POR NORMATIVIDAD SE DERIVAN DE LOS RIPS COMO CIRCULAR 029 ENTRE OTROS
13	SE REALIZA RECEPCION, RESPUESTA DE LAS DEVOLUCIONES GENERADAS POR CONCEPTO DE SOPORTES O RIPS QUE REALICEN LAS ENTIDADES RESPONSABLES DE PAGO.
14	SE GENERAN INFORMES REQUERIDOS EN CUANTO AL PROCESO DE RADICACIÓN, RIPS O DEVOLUCIONES
15	SE REPORTAN LAS FACTURAS NO RADICADAS, CAUSAL DE NO RADICACIÓN Y PRESUNTO RESPONSABLES
16	SE REALIZA ACTUALIZACIÓN EN CUANTO A LA NORMATIVIDAD VIGENTE EN EL SGSSS
17	SE REALIZA PARTICIPACION EN TODAS LAS REUNIONES Y CAPACITACIONES PROGRAMADAS POR LA SUBRED.
18	SE REALIZAN ACTIVIDADES DE ACOMPAÑAMIENTO Y CAPACITACIÓN AL TALENTO HUMANO SEGÚN FUE DESIGNADO.
19	SE REALIZA SEGUIMIENTO A LA EJECUCIÓN DE LAS OBLIGACIONES CONTRACTUALES DE LOS CONTRATOS QUE FUERON ASIGNADOS POR EL SUPERVISOR.

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° 74005176	OPERADOR:	MI PLANILLA

CONCEPTO DEL PAGO	ENTIDAD	FECHA DE PAGO	VALOR PAGADO
SALUD:	FAMISANAR	2026/04/28	$ 312.900
PENSIÓN:	PROTECCION	2026/04/28	$ 400.500
RIESGOS LABORALES:	SURA	2026/04/28	$ 61.000
OTRO			
TOTAL PAGADO			$ 774.400

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	*HENRY GIOVANNY MARTINEZ PULIDO* *PS_1901_2026_E396F5* **HENRY GIOVANNY MARTINEZ PULIDO** **CC: 1015449880**
FIRMA DE QUIEN VALIDA	*YAMILE CANO HERRERA* *PS_1901_2026_E396F5* **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_1901_2026_E396F5* **ANDRES FELIPE GUZMAN CRUZ** **SUPERVISOR DEL CONTRATO**