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:	**DANIEL FELIPE URREGO GARCIA**			**CC:**	**1022426445**
CORREO ELECTRÓNICO:	**DANIELFURREGO@HOTMAIL.COM**			**TELÉFONO:**	**3144045670**
DIRECCIÓN DOMICILIO:	**KR 110 78C 97**			**CIUDAD:**	**BOGOTA**
BANCO AL CUAL CONSIGNAR:	**BANCOLOMBIA**	**TIPO DE CUENTA:**	**AHORROS**	**N° CUENTA:**	**67320710721**
DATOS DEL CONTRATO O ADICION Y PERIODO OBJETO DE PAGO					
Nº DEL CONTRATO:	**PS 2129 2026**	**VALOR CORRESPONDIENTE AL PERIODO OBJETO DE COBRO**			**$ 3.191.160**
FECHA DE INICIO CONTRATO	**2026/02/01**	**FECHA DE TERMINACIÓN CONTRATO:**			**2026/06/30**
PERIODO OBJETO DE COBRO:	**DEL 2026/05/01 AL 2026/05/31**				

DANIEL FELIPE URREGO GARCIA
PS_2129_2026_36E0FA

NOMBRE Y FIRMA DEL CONTRATISTA:
DANIEL FELIPE URREGO GARCIA
CC: 1022426445
CEL: 3144045670

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			
DANIEL FELIPE URREGO GARCIA			
	CON C.C N°	**1.022.426.445**	
OBJETO DEL CONTRATO:	PRESTAR SERVICIOS COMO TECNOLOGO DE APOYO A LA GESTION III 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 2129 2026**	**FECHA INICIO CONTRATO**	**2026/02/01**
VALOR INICIAL DEL CONTRATO	$ 12.764.640	**No. HORAS EJECUTADAS**	**0**
VALOR TOTAL DEL CONTRATO INCLUIDO ADICIONES:	$ 15.955.800	**VALOR DE HONORARIOS PERÍODO A CERTIFICAR:**	$ 3.191.160
PLAZO DEL CONTRATO INCLUYENDO PRORROGAS	CINCO (5) MESES		
UNIDAD FUNCIONAL DE EJECUCIÓN DE ACTIVIDADES:	CARCEL DISTRITAL		
NOMBRE DEL SUPERVISOR:	GUILLERMO RUBIO GUIZA		

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 REALIZA LA REVISION Y ENTREGA DE LAS CUENTAS DE COBRO DEL PERSONAL DEL PROCESO
2	MEDIAR CON LOS ENLACES ADMINISTRATIVOS DE CADA DIRECCION EN LA SOLICITUD DE DOCUMENTACION Y RELACION DE BASE PARA EL MONTE DE ADICIONES Y CONTRATOS NUEVOS.
3	SE GESTIONÓ LAS BASES DE DATOS PARA EL FUNCIONAMIENTO ADECUADO DE LAS UNIDADES Y EQUIPOS DE SALUD.
4	SE GESTIONÓ LAS BASES DE ATENCION EN CADA UNO DE LOS PUNTOS DE ATENCION DESIGNADOS POR EL SUPERVISOR DE CONTRATO, REALIZANDO EL ENVIO DE LAS MISMAS A LOS REFERENTES DE POBLACIONES ESPECIALES DE CADA EAPB.
5	SE REALIZA LA COMPARACION DE LISTADOS PARA VERIFICAR INGRESOS Y EGRESOS DE PACIENTES.
6	SE REALIZÓ EL ENVIO BISEMANAL DE LAS BASES DE CENSOS DE ESTACIONES DE POLICIA.
7	SE REALIZÓ EL ENVIO MENSUAL DE LA BASE CONSOLIDADA DE CENSOS, PROGRAMACION DEL MES SIGUIENTE Y LISTADO DE VISITAS REALIZADAS A LAS ESTACIONES DE POLICIA.
8	SE ENTREGÓ INSUMOS DE BIOSEGURIDAD AL PERSONAL DE LAS ESTACIONES Y SE REALIZÓ LA FIRMA DE LA PLANILLA CORRESPONDIENTE.
9	SOLICITAR, RECIBIR Y ARCHIVAR LOS INSUMOS NECESARIOS PARA LA EJECUCION DE LAS ACTIVIDADES EN LAS ESTACIONES.
10	SE ENTREGAN LOS DOCUMENTOS TECNICOS Y CONCEPTOS MEDICOS QUE SE REQUIERAN PARA DAR RESPUESTA A LOS REQUERIMIENTOS DE ENTES DE CONTROL, EAPB Y SECRETARIAS.
11	SE APOYÓ EN LA GESTION DEL CORREO ELECTRONICO DE LA SEDE.
12	SE APOYÓ EL AGENDAMIENTO DE PACIENTES DE CARCEL, CER, URIS Y ESTACIONES DE POLICIA.
13	SE APOYÓ LAS ACTIVIDADES DE FACTURACION DE CARCEL, CER, URIS Y ESTACIONES DE POLICIA CUANDO SEA NECESARIO.
14	SE REALIZÓ LA GESTION DE LAS EVIDENCIAS PARA LOS INFORMES MENSUALES DE LOS ACUERDOS Y CONTRATOS INTERADMINISTRATIVOS ASIGNADOS.
15	SE ASISITIÓ A REUNIONES Y CAPACITACIONES PROGRAMADAS POR LA ENTIDAD.
16	TENER LA DISPOSICION DE DESARROLLAR LAS ACTIVIDADES EN CUALQUIERA DE LAS UNIDADES CORRESPONDIENTES A LA SUBRED CENTRO ORIENTE DE ACUERDO A LA ASIGNACION REALIZADA POR EL SUPERVISOR.
17	SE REALIZA LAS DEMAS OBLIGACIONES QUE SE REQUIERAN PARA DAR CUMPLIMIENTO AL CONTRATO Y QUE SE ACUERDEN CON 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 (2026-05-01) AL (2026-05-31)

IV. INFORMACIÓN DE APORTES A SEGURIDAD SOCIAL

No. DE PLANILLA:	N° 9503653816	OPERADOR:	APORTES EN LINEA

CONCEPTO DEL PAGO	ENTIDAD	FECHA DE PAGO	VALOR PAGADO
SALUD:	SANITAS	2026/05/14	$ 219.100
PENSIÓN:	COLPENSIONES	2026/05/14	$ 280.500
RIESGOS LABORALES:	SURA	2026/05/14	$ 0
OTRO			
TOTAL PAGADO			$ 499.600

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	*DANIEL FELIPE URREGO GARCIA* *PS_2129_2026_36E0FA* **DANIEL FELIPE URREGO GARCIA** **CC: 1022426445**
FIRMA DE QUIEN CONVALIDA EL CUMPLIMIENTO DE LAS OBLIGACIONES PARA EL PRESENTE PERIODO DE PAGO	*GUILLERMO RUBIO GUIZA* *PS_2129_2026_36E0FA* **GUILLERMO RUBIO GUIZA** **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 1022426445		URREGO GARCIA DANIEL FELIPE	INDEPENDIENTE	PRINCIPAL	cll 78 c 110 97 int 12	BOGOTA-BOGOTA D.E.	5555555	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	307303956	9503653816	I	2026/05/13	2026/05/14	BANCOLOMBIA	1	$499,600

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)					$1,750,905	$280,200			$1,750,905	$218,900			$0	$0			$0	$0		$0	$0
Centro de Trabajo: PRINCIPAL (1 Afiliados)					$1,750,905	$280,200			$1,750,905	$218,900			$0	$0			$0	$0		$0	$0
Ciudad: BOGOTA Depto: BOGOTA D.E. (1 Afiliados)					$1,750,905	$280,200			$1,750,905	$218,900			$0	$0			$0	$0		$0	$0
1	CC	1022426445	URREGO DANIEL	25-14	30	$1,750,905	$280,200	EPS005	30	$1,750,905	$218,900		0	$0	$0		0	$0	$0	0	$0	$0
Total		**Afiliados(1)**				$1,750,905	$280,200			$1,750,905	$218,900			$0	$0			$0	$0		$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 1022426445		URREGO GARCIA DANIEL FELIPE	INDEPENDIENTE	PRINCIPAL	cll 78 c 110 97 int 12	BOGOTA-BOGOTA D.E.	5555555	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	307303956	9503653816	I	2026/05/13	2026/05/14	BANCOLOMBIA	1	$499,600

RESUMEN DE PAGO

RIESGO	CODIGO	NIT	DV	AFILIADOS	VALOR LIQUIDADO	INTERESES MORA	SALDOS E INCAPACIDADES	VALOR A PAGAR
AFP (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$280,200	$300	$0	$280,500
COLPENSIONES	25-14	900,336,004	7	1	$280,200	$300	$0	$280,500
EPS (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$218,900	$200	$0	$219,100
SANITAS	EPS005	800,251,440	6	1	$218,900	$200	$0	$219,100
TOTAL				1	$499,100	$500	$0	$499,600

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

Cancelar

< Evaluación de la Entidad Estatal >

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

Crear

Documentos de ejecución del contrato

	Descripción	Nombre del archivo	Cargado por		
☐	1 PS 2129 2026 CRP -9008.pdf	1 PS 2129 2026 CRP -9008.pdf	Comprador	Descargar	Detalle
☐	PS 2129 2026 CUENTA DE COBRO MARZO 2026.pdf	PS 2129 2026 CUENTA DE COBRO MARZO 2026.pdf	Proveedor	Descargar	Detalle
☐	PS 2129 2026 CUENTA DE COBRO ABRIL 2026.pdf.pdf	PS 2129 2026 CUENTA DE COBRO ABRIL 2026.pdf.pdf	Proveedor	Descargar	Detalle
☐	PS 2129 2026 CUENTA DE COBRO FEBRERO 2026.pdf	PS 2129 2026 CUENTA DE COBRO FEBRERO 2026.pdf	Proveedor	Descargar	Detalle

Borrar Cargar nuevo

Cancelar

< Evaluación de la Entidad Estatal >