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: (30-06-2026)					
NOMBRES Y APELLIDOS:	**JORGE RAMIREZ PEREIRA**			**CC:**	**91521458**
CORREO ELECTRÓNICO:	**JORGERAMIREZPEREIRA@HOTMAIL.COM**			**TELÉFONO:**	**3175153475**
DIRECCIÓN DOMICILIO:	**KR 17 122 63**			**CIUDAD:**	**BOGOTA**
BANCO AL CUAL CONSIGNAR:	**BANCOLOMBIA**	**TIPO DE CUENTA:**	**AHORROS**	**N° CUENTA:**	**19262126211**
DATOS DEL CONTRATO O ADICION Y PERIODO OBJETO DE PAGO					
Nº DEL CONTRATO:	**PS 1462 2026**	**VALOR CORRESPONDIENTE AL PERIODO OBJETO DE COBRO**			**$ 12.097.659**
FECHA DE INICIO CONTRATO	**2026/02/02**	**FECHA DE TERMINACIÓN CONTRATO:**			**2026/07/31**
PERIODO OBJETO DE COBRO:	**DEL 2026/05/01 AL 2026/05/31**				

JORGE RAMIREZ PEREIRA
PS_1462_2026_543DF3

NOMBRE Y FIRMA DEL CONTRATISTA:
JORGE RAMIREZ PEREIRA
CC: 91521458
CEL: 3175153475

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			
JORGE RAMIREZ PEREIRA			
	CON C.C N°	**91.521.458**	
OBJETO DEL CONTRATO:	PRESTAR SERVICIOS COMO MEDICO (A) ESPECIALISTA CIRUJANO DE TORAX PARA DESARROLLAR ACTIVIDADES EN LA DIRECCION DE SERVICIOS HOSPITALARIOS-MEDICINA DE LA SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E.		
CONTRATO DE PRESTACION DE SERVICIOS PROFESIONALES No.	**PS 1462 2026**	**FECHA INICIO CONTRATO**	**2026/02/02**
VALOR INICIAL DEL CONTRATO	$ 75.635.784	**No. HORAS EJECUTADAS**	**119**
VALOR TOTAL DEL CONTRATO INCLUIDO ADICIONES:	$ 77.567.343	**VALOR DE HONORARIOS PERÍODO A CERTIFICAR:**	$ 12.097.659
PLAZO DEL CONTRATO INCLUYENDO PRORROGAS	SEIS (6) MESES		
UNIDAD FUNCIONAL DE EJECUCIÓN DE ACTIVIDADES:	HOSPITAL SANTA CLARA		
NOMBRE DEL SUPERVISOR:	SAUL ARDILA DURAN		

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	Como profesional en cirugía de tórax realizó actividades diagnósticas y terapéuticas incluidas en el plan de manejo, enfocadas en patologías que requieren intervención quirúrgica entre el opérculo torácico y el diafragma (exceptuando corazón y grandes vasos), con alto nivel científico, ético y humano. Debe brindar atención integral, oportuna y pertinente, basada en protocolos y guías, y proponer mejoras que favorezcan la calidad del servicio. Así mismo, debe cumplir funciones según las necesidades de la Subred, garantizando cobertura, aplicación de la lista de seguridad quirúrgica, y comunicación clara con el paciente y su familia. Es responsable del registro completo y oportuno de las atenciones, de la confidencialidad de la información, del adecuado uso de recursos institucionales, y del reporte de novedades o eventos de seguridad. También se espera su participación en docencia, capacitación, supervisión, elaboración de conceptos médicos, cumplimiento de normativas legales, y apoyo a procesos de auditoría, calidad e investigación, portando su carné institucional y manteniendo al día sus obligaciones con el sistema de seguridad social.

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° 9503083121	OPERADOR:	APORTES EN LINEA

CONCEPTO DEL PAGO	ENTIDAD	FECHA DE PAGO	VALOR PAGADO
SALUD:	SURA	2026/04/15	$ 671.900
PENSIÓN:	PROTECCION	2026/04/15	$ 860.000
RIESGOS LABORALES:	SURA	2026/04/15	$ 131.000
OTRO			
TOTAL PAGADO			$ 1.662.900

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	*JORGE RAMIREZ PEREIRA* *PS_1462_2026_543DF3* **JORGE RAMIREZ PEREIRA** **CC: 91521458**
FIRMA DE QUIEN VALIDA	*DEISY YANETH HENAO VILLALOBOS* *PS_1462_2026_543DF3* **DEISY YANETH HENAO VILLALOBOS** **SUPERVISOR ALTERNO**
FIRMA DE QUIEN CONVALIDA EL CUMPLIMIENTO DE LAS OBLIGACIONES PARA EL PRESENTE PERIODO DE PAGO	*SAUL ARDILA DURAN* *PS_1462_2026_543DF3* **SAUL ARDILA DURAN** **SUPERVISOR DEL CONTRATO**

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 1462 2026 CUENTA DE COBRO FEBRERO 2026.pdf	1. PS 1462 2026 CUENTA DE COBRO FEBRERO 2026.pdf	Proveedor	Descargar	Detalle
☐	1 PS 1462 2026 CRP -9830.pdf	1 PS 1462 2026 CRP -9830.pdf	Comprador	Descargar	Detalle
☐	2 PS 1462 2026 CUENTA DE COBRO MARZO 2026.pdf	2 PS 1462 2026 CUENTA DE COBRO MARZO 2026.pdf	Proveedor	Descargar	Detalle
☐	3 PS 1462 2026 CUENTA DE COBRO ABRIL 2026.pdf	3 PS 1462 2026 CUENTA DE COBRO ABRIL 2026.pdf	Proveedor	Descargar	Detalle

Borrar Cargar nuevo

Cancelar

< Evaluación de la Entidad Estatal >

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 91521458		RAMIREZ PEREIRA JORGE	INDEPENDIENTE	PRINCIPAL	Carrera 17 # 122 - 63. Apto 401	BOGOTA-BOGOTA D.E.	4714986	Si

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	223559206	9503083121	I	2026/05/15	2026/04/15	BANCOLOMBIA	0	$1,662,900

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	Días	IBC	Aporte	Codigo	Dias	IBC	Aporte	Codigo	Días	IBC	Aporte	Codigo	Días	IBC	Aporte	Días	IBC	Aporte	Exonerado SENA e ICBF	Total Aportes
1	CC	91521458	RAMIREZ JORGE																		230201	30	$5,375,000	$860,000	EPS010	30	$5,375,000	$671,900		0	$0	$0	14-11	30	$5,375,000	$131,000	0	$0	$0	No	$1,662,900
Total	**Afiliados(1)**																						$5,375,000	$860,000			$5,375,000	$671,900			$0	$0			$5,375,000	$131,000		$0	$0		$1,662,900

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 91521458		RAMIREZ PEREIRA JORGE	INDEPENDIENTE	PRINCIPAL	Carrera 17 # 122 - 63. Apto 401	BOGOTA-BOGOTA D.E.	4714986	Si

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	223559206	9503083121	I	2026/05/15	2026/04/15	BANCOLOMBIA	0	$1,662,900

RESUMEN DE PAGO

RIESGO	CODIGO	NIT	DV	AFILIADOS	VALOR LIQUIDADO	INTERESES MORA	SALDOS E INCAPACIDADES	VALOR A PAGAR
AFP (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$860,000	$0	$0	$860,000
PROTECCION	230201	800,229,739	0	1	$860,000	$0	$0	$860,000
ARL (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$131,000	$0	$0	$131,000
ARL SURA	14-11	890,903,790	5	1	$131,000	$0	$0	$131,000
EPS (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$671,900	$0	$0	$671,900
EPS SURA (ANTES SUSALUD)	EPS010	800,088,702	2	1	$671,900	$0	$0	$671,900
TOTAL				1	$1,662,900	$0	$0	$1,662,900