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:	**VICTOR ANDRES DIAZ BUELVAS**			**CC:**	**1045718281**
CORREO ELECTRÓNICO:	**PSICOLOGOVICTORANDRESDIAZ@GMAIL.COM**			**TELÉFONO:**	**3014029715**
DIRECCIÓN DOMICILIO:	**CL 56 17 15**			**CIUDAD:**	**BOGOTA**
BANCO AL CUAL CONSIGNAR:	**BANCO DE BOGOTA**	**TIPO DE CUENTA:**	**AHORROS**	**N° CUENTA:**	**151703568**
DATOS DEL CONTRATO O ADICION Y PERIODO OBJETO DE PAGO					
Nº DEL CONTRATO:	**PS 3671 2026**	**VALOR CORRESPONDIENTE AL PERIODO OBJETO DE COBRO**			**$ 5.050.840**
FECHA DE INICIO CONTRATO	**2026/04/01**	**FECHA DE TERMINACIÓN CONTRATO:**			**2026/07/31**
PERIODO OBJETO DE COBRO:	**DEL 2026/06/01 AL 2026/06/30**				

VICTOR ANDRES DIAZ BUELVAS
PS_3671_2026_97BA9D

NOMBRE Y FIRMA DEL CONTRATISTA:
VICTOR ANDRES DIAZ BUELVAS
CC: 1045718281
CEL: 3014029715

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			
VICTOR ANDRES DIAZ BUELVAS			
	CON C.C N°	**1.045.718.281**	
OBJETO DEL CONTRATO:	PRESTAR SERVICIOS COMO PROFESIONAL ESPECIALIZADO II PARA DESARROLLAR ACTIVIDADES EN LA DIRECCION DE SERVICIOS AMBULATORIOS DE LA SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E EBS DE MINISTERIO DE SALUD Y PROTECCION SOCIAL SEG?N RESOLUCION 711 24 04 2025.		
CONTRATO DE PRESTACION DE SERVICIOS PROFESIONALES No.	**PS 3671 2026**	**FECHA INICIO CONTRATO**	**2026/04/01**
VALOR INICIAL DEL CONTRATO	$ 5.050.840	**No. HORAS EJECUTADAS**	**0**
VALOR TOTAL DEL CONTRATO INCLUIDO ADICIONES:	$ 20.203.360	**VALOR DE HONORARIOS PERÍODO A CERTIFICAR:**	$ 5.050.840
PLAZO DEL CONTRATO INCLUYENDO PRORROGAS	CUATRO (4) MESES		
UNIDAD FUNCIONAL DE EJECUCIÓN DE ACTIVIDADES:	HOSPITAL SANTA CLARA		
NOMBRE DEL SUPERVISOR:	LUZ MARINA HERNANDEZ HERNANDEZ		

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	PARTICIPE EN LA CONVOCATORIA Y ORIENTACIÓN TÉCNICA ESTRATEGIA DE RUTEO, SALUD MENTAL Y RBC-SECRETARÍA DE SALUD
2	RECIBÍ CAPACITACIÓN DEAPROPIACIÓN Y SOCIALIZACIÓN AL SISTEMAS DE INFORMACIÓN GTAPS 2.0
3	RECIBÍ FORTALEMIENTO DE RUTEO PARA COHORTES
4	PARTICIPE EN EL DIRECCIONAMIENTO ESTRATEGICO
5	ESTUVE EN LA MESA TECNICA PARA LA PLATAFORMA SI APS
6	RECIBÍ CAPACITACIÓN DE SIVIGILA Y DISTRIBUCIÓN TERRITORIAL ARTICULACIÓN EBS Y MAS BIENESTAR
7	PARTICIPE EN LA ASISTENCIA TÉCNICA DEL MINISTERIO DE SALUD
8	PARTICIPE EN LA CAPACITACIÓN DE ASEGURAMIENTO EN SALUD
9	REALICE INDUCCIÓN AL TALENTO HUMANO RESOLUCION 711 2025
10	REALICÉ SOCIALIZACIÓN PARA ABORDAJE DE LA BASE DE RUTEO DEL APLICATIVO GTAPS
11	REALICÉ SOCIALIZACIÓN DE GESTIÓN DE RUTEO
12	PARTICIPE EN LA CAPACITACIÓN EN LINEAMIENTOS EBS SIVIGILA- COHORTES -OBLIGACIONES CONTRACTUALES RUTAS DE ATENCIÓN INTEGRAL EN SALUD RIAS
13	REALICÉ INFORMES DE GESTIÓN DE COHORTES
14	REALICÉ LA CREACIÓN DE TABLEROS DE CONTROL PARA COHORTES EN CONJUNTO CON SISTEMAS DE LA INFOMARCIÓN
15	PARTICIPE EN EL DIRECTRICES ABORDAJE BASE DE RUTEO Y GESTION DE OPERATIVIDAD
16	REALICÉ EN SEGUIMIENTO DE LA ESTRATEGIA DE RUTEO
17	REALICÉ FORTALECIMIENTO GESTION DE RUTEO
18	RECIBÍ SOCIALIZACIÓN ASISTENCIA TECNICA DEL PLAN CUIDADO PRIMARIO POR PARTE DEL MINISTERIO DE SALUD
19	PARTICIPE EN REUNIONES DE ARTICULACIÓN Y AVANCE DE LA GESTIÓN DE RUTEO CON SECRETARÍA DE SALUD
20	PARTICIPE Y BRINDE INFORMACIÓN DE LA GESTIÓN COHORTE EN EL COMITE GENERAL DEL MES DE JUNIO 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 (2026-06-01) AL (2026-06-30)

IV. INFORMACIÓN DE APORTES A SEGURIDAD SOCIAL

No. DE PLANILLA:	N° 9505641707	OPERADOR:	APORTES EN LINEA

CONCEPTO DEL PAGO	ENTIDAD	FECHA DE PAGO	VALOR PAGADO
SALUD:	SURA	2026/06/10	$ 252.600
PENSIÓN:	COLFONDOS	2026/06/10	$ 323.300
RIESGOS LABORALES:	SURA	2026/06/10	$ 49.300
OTRO			
TOTAL PAGADO			$ 625.200

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	*VICTOR ANDRES DIAZ BUELVAS* *PS_3671_2026_97BA9D* **VICTOR ANDRES DIAZ BUELVAS** **CC: 1045718281**
FIRMA DE QUIEN CONVALIDA EL CUMPLIMIENTO DE LAS OBLIGACIONES PARA EL PRESENTE PERIODO DE PAGO	*LUZ MARINA HERNANDEZ HERNANDEZ* *PS_3671_2026_97BA9D* **LUZ MARINA HERNANDEZ HERNANDEZ** **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 1045718281		DIAZ BUELVAS VICTOR ANDRES	INDEPENDIENTE	PRINCIPAL	Diagonal 56 1d-15	BOGOTA-BOGOTA D.E.	3315921	No

DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION

Periodo		Clave		Tipo	Fecha		Pago		
Pensión	Salud	Pago	Planilla	Planilla	Limite	Pago	Banco	Dias Mora	Valor
2026-05	2026-05	377649304	9505641707	I	2026/06/19	2026/06/10	BANCO DE BOGOTA	0	$665,700

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)					$2,020,336	$323,300			$2,020,336	$252,600			$2,020,336	$40,500			$2,020,336	$49,300		$0	$0
Centro de Trabajo: PRINCIPAL (1 Afiliados)					$2,020,336	$323,300			$2,020,336	$252,600			$2,020,336	$40,500			$2,020,336	$49,300		$0	$0
Ciudad: BOGOTA Depto: BOGOTA D.E. (1 Afiliados)					$2,020,336	$323,300			$2,020,336	$252,600			$2,020,336	$40,500			$2,020,336	$49,300		$0	$0
1	CC	1045718281	DIAZ VICTOR	231001	30	$2,020,336	$323,300	EPS010	30	$2,020,336	$252,600	CCF24	30	$2,020,336	$40,500	14-11	30	$2,020,336	$49,300	30	$0	$0
Total		**Afiliados(1)**				$2,020,336	$323,300			$2,020,336	$252,600			$2,020,336	$40,500			$2,020,336	$49,300		$0	$0

aportes en línea

Resumen General de Pago

DATOS GENERALES DEL APORTANTE

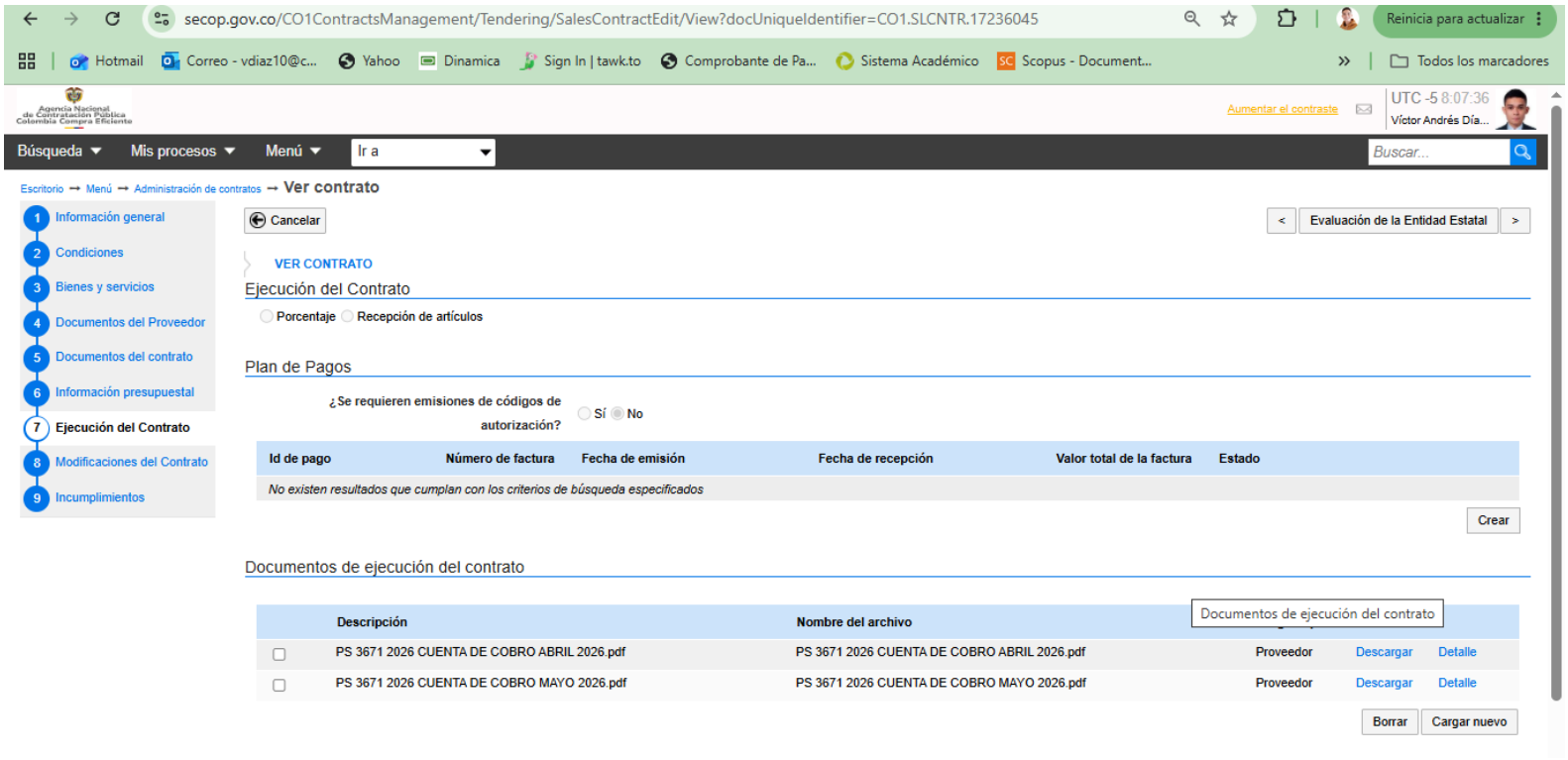
Identificación	dv	Razon Social	Clase Aportante	Sucursal Principal	Direccion	Ciudad-Departamento	Teléfono	Exonerado SENA e ICBF
CC 1045718281		DIAZ BUELVAS VICTOR ANDRES	INDEPENDIENTE	PRINCIPAL	Diagonal 56 1d-15	BOGOTA-BOGOTA D.E.	3315921	No

DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION

Periodo		Clave		Tipo	Fecha		Pago		
Pensión	Salud	Pago	Planilla	Planilla	Limite	Pago	Banco	Dias Mora	Valor
2026-05	2026-05	377649304	9505641707	I	2026/06/19	2026/06/10	BANCO DE BOGOTA	0	$665,700

RESUMEN DE PAGO

RIESGO	CODIGO	NIT	DV	AFILIADOS	VALOR LIQUIDADO	INTERESES MORA	SALDOS E INCAPACIDADES	VALOR A PAGAR
AFP (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$323,300	$0	$0	$323,300
COLFONDOS	231001	800,227,940	6	1	$323,300	$0	$0	$323,300
ARL (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$49,300	$0	$0	$49,300
ARL SURA	14-11	890,903,790	5	1	$49,300	$0	$0	$49,300
CCF (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$40,500	$0	$0	$40,500
COMPENSAR	CCF24	860,066,942	7	1	$40,500	$0	$0	$40,500
EPS (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$252,600	$0	$0	$252,600
EPS SURA (ANTES SUSALUD)	EPS010	800,088,702	2	1	$252,600	$0	$0	$252,600
TOTAL				1	$665,700	$0	$0	$665,700


secop.gov.co/CO1ContractsManagement/Tendering/SalesContractEdit/View?docUniqueIdentifier=CO1.SLCNTR.17236045
Reinicia para actualizar
Hotmail
Correo - vdiaz10@c...
Yahoo
Dinamica
Sign In | tawk.to
Comprobante de Pa...
Sistema Académico
Scopus - Document...
Todos los marcadores
Aumentar el contraste
UTC -5 8:07:36
Víctor Andrés Día...
Búsqueda
Mis procesos
Menú
Ir a
Buscar...
Escritorio → Menú → Administración de contratos → Ver 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
Documentos de ejecución del contrato
PS 3671 2026 CUENTA DE COBRO ABRIL 2026.pdf
PS 3671 2026 CUENTA DE COBRO ABRIL 2026.pdf
Proveedor
Descargar
Detalle
PS 3671 2026 CUENTA DE COBRO MAYO 2026.pdf
PS 3671 2026 CUENTA DE COBRO MAYO 2026.pdf
Proveedor
Descargar
Detalle
Borrar
Cargar nuevo