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:	**JOHN ANDREY CASTRO BENAVIDES**			**CC:**	**1022965013**
CORREO ELECTRÓNICO:	**JOHNCASTRO1503@GMAIL.COM**			**TELÉFONO:**	**3134393506**
DIRECCIÓN DOMICILIO:	**KR 5 ESTE 97B 58 SUR**			**CIUDAD:**	**BOGOTA**
BANCO AL CUAL CONSIGNAR:	**BANCO DAVIVIENDA S.A.**	**TIPO DE CUENTA:**	**AHORROS**	**N° CUENTA:**	**8400693811**
DATOS DEL CONTRATO O ADICION Y PERIODO OBJETO DE PAGO					
Nº DEL CONTRATO:	**PS 1873 2026**	**VALOR CORRESPONDIENTE AL PERIODO OBJETO DE COBRO**			**$ 3.191.160**
FECHA DE INICIO CONTRATO	**2026/02/03**	**FECHA DE TERMINACIÓN CONTRATO:**			**2026/07/31**
PERIODO OBJETO DE COBRO:	**DEL 2026/06/01 AL 2026/06/30**				

JOHN ANDREY CASTRO BENAVIDES
PS_1873_2026_097E89

NOMBRE Y FIRMA DEL CONTRATISTA:
JOHN ANDREY CASTRO BENAVIDES
CC: 1022965013
CEL: 3134393506

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			
JOHN ANDREY CASTRO BENAVIDES			
	CON C.C N°	**1.022.965.013**	
OBJETO DEL CONTRATO:	PRESTAR SERVICIOS COMO TECNOLOGO DE APOYO A LA GESTION III 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 1873 2026**	**FECHA INICIO CONTRATO**	**2026/02/03**
VALOR INICIAL DEL CONTRATO	$ 12.764.640	**No. HORAS EJECUTADAS**	**0**
VALOR TOTAL DEL CONTRATO INCLUIDO ADICIONES:	$ 19.146.960	**VALOR DE HONORARIOS PERÍODO A CERTIFICAR:**	$ 3.191.160
PLAZO DEL CONTRATO INCLUYENDO PRORROGAS	SEIS (6) 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 Realice cruces de información, verificando la facturación de actividades intermedias, según el detallado de facturación, según el anexo técnico 9 del contrato 003 por registros y cantidad facturada SUBSIDIADO 19120817 CONTRIBUTIVO 307752 2 Notifique inconsistencias por errores de facturación a las unidades, referentes y analistas. SUBSIDIADO 2389 CONTRIBUTIVO 138 3 Realice cruces de información, verificando actividades finales en la facturación a tarifa 2423/96 y según manual de facturación del contrato 003 de PGP (ANEXO TECNICO 6) en el detallado de facturación. SUBSIDIADO 9829 CONTRIBUTIVO 764 4 Agrupe actividades FINALES vs INTERMEDIAS por registros y cantidad facturada SUBSIDIADO 19130646 CONTRIBUTIVO 308516 5 Realice anexo tecnico 1 agrupando actividades finales según manual de facturación anexo tecnico 6 del contrato 003/2023 adicion presupuestal SUBSIDIADO 9829 CONTRIBUTIVO 764 6 Verifique en dinámica gerencial, en el módulo de historia clínica procedimientos quirúrgicos, egresos especializados, consultas de urgenciasy unidad renal SUBSIDIADO 9829 CONTRIBUTIVO 764 7 Realice seguimiento y control por unidad de las inconsistencias reportadas SUBSIDIADO 2389 CONTRIBUTIVO 138 8 Socialice Anexos técnicos del PGP para revisión y cumplimiento de SENDAS, previo a la radicación, envío de sendas parciales, para conocimiento de las diferentes áreas SUBSIDIADO 9829 CONTRIBUTIVO 764 9 Genere las Facturas Globales por el techo del contrato 003 factura SSCO0007864271 $ 16.081.810.879 Y SSCO0007864273 $ 1.130.262.267 SUBSIDIADO 1 CONTRIBUTIVO 1 10 Realice Oficios con la relación de las TIPOLOGÍAS mensuales para su respectiva radicación. SSCO0007864271 $ 16.081.810.879 Y SSCO0007864273 $ 1.130.262.267 SUBSIDIADO 1 CONTRIBUTIVO 1 11 Busque Diagnósticos para actividades finales, según anexo SUBSIDIADO 75 CONTRIBUTIVO 25 12 Respondi alertas administrativas correspondiente_ SUBSIDIADO N/A CONTRIBUTIVO N/A 13 Notifique a la diferentes areas asistencias tipologias parciales para revision previa y auditoria asistencial total registros Subdiado SUBSIDIADO 9829 CONTRIBUTIVO 764 14 Notifique reingresos de urgencias para dar cumplimiento al anexo tecnico 6 manual de facturacion contrato 003 SUBSIDIADO 315 CONTRIBUTIVO 28 15 Realice radicacion de las tipologias y facturas globales en la plataforma de capital salud SSCO0007864271 $ 16.081.810.879 Y SSCO0007864273 $ 1.130.262.267 SUBSIDIADO 1 CONTRIBUTIVO 1 16 Realice radicacion en el sistema de informacion DGH para las factura globales subsidaido y contributivoSSCO0007864271 $ 16.081.810.879 Y SSCO0007864273 $ 1.130.262.267 SUBSIDIADO 1 CONTRIBUTIVO 1 17 Verifique y cruce informacion en el anexo tecnico de actividades finales el tipo de documento de identificacion para cada usuario SUBSIDIADO 9829 CONTRIBUTIVO 764 18 Envie detallados para el descargue de epicrisis de acuerdo al manual de facturacion anexo tecnico 6 SUBSIDIADO 1993 CONTRIBUTIVO 86 19 Realice cruce de informacion contra base de datos de los usuarios fallecidos de acuerdo al manual de facturacion anexo tecnico 6 SUBSIDIADO 9829 CONTRIBUTIVO 764 20 Realice cruce informacion para identificar duplicidades en consultas de urgencias por registros y cantidad facturada SUBSIDIADO 6008 CONTRIBUTIVO 592 21 Realice verificacion de cantidades excesivas para las actividades intermedias y finales por registros y cantidad facturada SUBSIDIADO 19120817 CONTRIBUTIVO 307752 22 Verifique distribucion de servicios por hora y fechas acordes a la realizacion de cada actividad en salud por registros y cantidad facturada SUBSIDIADO 19120817 CONTRIBUTIVO 307752

1	23 Verifique rango de fechas acordes al ingreso y egreso para el ambito hospitalario, cirugia ambulatoria y urgencias por registros y cantidad facturada SUBSIDIADO 19120817 CONTRIBUTIVO 307752 24 Realice seguimiento en la facturacion de cuidados intermedios adultos, pediatricos y neonatales en la verificacion de criterios para su cobro SUBSIDIADO 202 CONTRIBUTIVO 10 25 Realice seguimiento en la facturacion de cuidados intensivos adultos, pediatricos y neonatales en la verificacion de criterios para su cobro SUBSIDIADO 103 CONTRIBUTIVO 5 26 Realice seguimiento en la facturacion sin actividades finales facturadas total registros SUBSIDIADO 230667 CONTRIBUTIVO 710 27 Realice seguimiento en los procedimientos de parto y cesarea, en la subfacturacion o sobrefacturacion SUBSIDIADO 87 CONTRIBUTIVO 6 28 Realice seguimiento a las facturas sin estancia y urgencias por registros y cantidad facturadas SUBSIDIADO 250780 CONTRIBUTIVO 14622 29 Envie distribucion de actividades finales vs centro de costos SUBSIDIADO 9829 CONTRIBUTIVO 764 30 Realice seguimiento en la facturacion de procedimientos quirurgicos esto de acuerdo al manual de facturacion del contrato pgp y manual tarifario decreto 2423/96 SUBSIDIADO 1669 CONTRIBUTIVO 75 31 Envie detallados para el descargue de informes quirurgicos de acuerdo al manual de facturacion anexo tecnico 6 SUBSIDIADO 1677 CONTRIBUTIVO 71 32 Realice cruce informacion para la tipologia RENAL 1 para la consolidacion de la informacion SUBSIDIADO 72 CONTRIBUTIVO 5 33 Realice seguimiento a las facturas con estancia vs dias transcurridos por registros y cantidad de facturas SUBSIDIADO 1677 CONTRIBUTIVO 71

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° 90983032	OPERADOR:	MI PLANILLA

CONCEPTO DEL PAGO	ENTIDAD	FECHA DE PAGO	VALOR PAGADO
SALUD:	SANITAS	2026/06/10	$ 220.100
PENSIÓN:	COLFONDOS	2026/06/10	$ 281.700
RIESGOS LABORALES:	SURA	2026/06/10	$ 43.000
OTRO			
TOTAL PAGADO			$ 544.800

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	*JOHN ANDREY CASTRO BENAVIDES* *PS_1873_2026_097E89* **JOHN ANDREY CASTRO BENAVIDES** **CC: 1022965013**

FIRMA DE QUIEN VALIDA	*YAMILE CANO HERRERA* *PS_1873_2026_097E89* **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_1873_2026_097E89* **ANDRES FELIPE GUZMAN CRUZ** **SUPERVISOR DEL CONTRATO**