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:	**STEVEN ARIZA MORENO**			**CC:**	**1024568531**
CORREO ELECTRÓNICO:	**SARIZA504@GMAIL.COM**			**TELÉFONO:**	**3135134941**
DIRECCIÓN DOMICILIO:	**KR 68B 57 33 SUR**			**CIUDAD:**	**BOGOTA**
BANCO AL CUAL CONSIGNAR:	**BANCO DAVIVIENDA S.A.**	**TIPO DE CUENTA:**	**AHORROS**	**N° CUENTA:**	**008400744820**
DATOS DEL CONTRATO O ADICION Y PERIODO OBJETO DE PAGO					
Nº DEL CONTRATO:	**PS 3859 2026**	**VALOR CORRESPONDIENTE AL PERIODO OBJETO DE COBRO**			**$ 2.428.120**
FECHA DE INICIO CONTRATO	**2026/04/20**	**FECHA DE TERMINACIÓN CONTRATO:**			**2026/07/31**
PERIODO OBJETO DE COBRO:	**DEL 2026/06/01 AL 2026/06/30**				

STEVEN ARIZA MORENO
PS_3859_2026_EC0191

NOMBRE Y FIRMA DEL CONTRATISTA:
STEVEN ARIZA MORENO
CC: 1024568531
CEL: 3135134941

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			
STEVEN ARIZA MORENO			
	CON C.C N°	**1.024.568.531**	
OBJETO DEL CONTRATO:	PRESTAR SERVICIOS COMO BACHILLER APOYO A LA GESTION II 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 3859 2026**	**FECHA INICIO CONTRATO**	**2026/04/20**
VALOR INICIAL DEL CONTRATO	$ 3.318.431	**No. HORAS EJECUTADAS**	**0**
VALOR TOTAL DEL CONTRATO INCLUIDO ADICIONES:	$ 8.174.671	**VALOR DE HONORARIOS PERÍODO A CERTIFICAR:**	$ 2.428.120
PLAZO DEL CONTRATO INCLUYENDO PRORROGAS	CUATRO (4) MESES		
UNIDAD FUNCIONAL DE EJECUCIÓN DE ACTIVIDADES:	HOSPITAL SAN BLAS		
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	ACTUALICE DATOS PERSONALES DEL USUARIO Y DATOS DEL ACUDIENTE EN EL SISTEMA DE INFORMACION.
2	REVISE LA RESPUESTA Y SOPORTES EMITIDOS POR PARTE DEL AREA DE TRABAJO SOCIAL (PARTICIPACION SOCIAL Y ATENCION AL USUARIO) EN CUANTO A IDENTIFICACION O CLASIFICACION DEL PACIENTE.
3	RECEPCIONE, REGISTRE Y CONFIRME LAS ORDENES DE SERVICIO DE LA CONSULTA O LA OBSERVACION DE URGENCIAS.
4	REVISE EL ESTADO DE CUENTA DEL PACIENTE CONTRA HISTORIA CLINICA, Y REVISAR QUE SE ENCUENTRE TODAS LAS ACTIVIDADES Y PROCEDIMIENTOS REALIZADOS EN ESTADO REGISTRADO Y CONFIRMADO EN EL SISTEMA DE INFORMACION, GARANTIZANDO COBRO DENTRO DE LA FACTURA ELECTRONICA DE VENTA O REGISTRO DE SERVICIOS.
5	VERIFIQUE Y ADJUNTE EL SOPORTE ENTREGADO POR EL AREA DE AUTORIZACIONES DE TRAMITE SEGUN ACUERDO DE VOLUNTADES Y NORMATIVIDAD VIGENTE.
6	EGRESE OPORTUNAMENTE LOS PACIENTES DEL SISTEMA DE INFORMACION, UNA VEZ SE NOTIFIQUE ORDEN DE SALIDA POR EL AREA ASISTENCIAL.
7	GENERE ORDEN DE SALIDA EN SISTEMA DE INFORMACION, FIRMADA Y ENTREGUE COPIA AL USUARIO Y POSTERIORMENTE SUBIR A CARPETA DE REQUERIMIENTOS.
8	VERIFIQUE Y ADJUNTE LOS SOPORTES MANUALES GENERADOS EN LA PRESTACION DE SERVICIOS AL SISTEMA DE INFORMACION DGH (ORDEN DE SALIDA, SOPORTES COMO: ELECTROCARDIOGRAMA, BANCO DE SANGRE, MONITORIAS, HOJAS DE GASTO, RECORD ANESTESIA, APLICACION DE MEDICAMENTOS ETC.)
9	ELABORE FACTURA DE LOS PACIENTES DE URGENCIAS Y OBSERVACION Y RECIBO DE CAJA OPORTUNAMENTE DE ACUERDO CON LA ATENCION PRESTADA AL PACIENTE, ACUERDO DE VOLUNTADES Y NORMATIVIDAD VIGENTE.
10	LEGALICE EL DINERO RECIBIDO POR CONCEPTO DE COPAGO O CUOTA DE RECUPERACION QUE HAGAN LOS USUARIOS, EN SISTEMA DE INFORMACION Y ANTE EL AREA DE TESORERIA.
11	DILIGENCIE LA SOLICITUD DE CREDITO, EL FORMATO DE PAGARE Y VERIFICAR EL REGISTRO DE LA INFORMACION SUMINISTRADA POR EL USUARIO, SOPORTAR Y ENTREGAR LOS PAGARES GENERADOS DENTRO DEL TIEMPO ESTABLECIDO SEGUN INSTRUCTIVO DEL AREA DE TESORERIA.
12	REALICE CIERRE DE CAJA, ARQUEO Y ENTREGA DE SOPORTES RESPECTIVOS, SEGUN INSTRUCTIVO DEL AREA DE TESORERIA.
13	ENTREGUE LAS FACTURAS GENERADAS A DIARIO SOPORTADAS Y ORGANIZADAS DE ACUERDO CON LOS PROCESOS Y PROCEDIMIENTOS DEL AREA.
14	CORREGI DENTRO DE LAS 48 HORAS SIGUIENTES A SU RECEPCION, LAS DEVOLUCIONES QUE HACE EL ANALISTA DE CUENTAS.
15	REALICE LAS DEMAS ACTIVIDADES RELACIONADAS CON EL OBJETO CONTRACTUAL QUE ASIGNE EL SUPERVISOR DEL CONTRATO.

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° 82093033	OPERADOR:	MI PLANILLA

CONCEPTO DEL PAGO	ENTIDAD	FECHA DE PAGO	VALOR PAGADO
SALUD:	SANITAS	2026/06/12	$ 219.400
PENSIÓN:	PORVENIR	2026/06/12	$ 280.900
RIESGOS LABORALES:	SURA	2026/06/12	$ 42.800
OTRO			
TOTAL PAGADO			$ 543.100

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	*STEVEN ARIZA MORENO* *PS_3859_2026_EC0191* **STEVEN ARIZA MORENO** **CC: 1024568531**
FIRMA DE QUIEN VALIDA	*YAMILE CANO HERRERA* *PS_3859_2026_EC0191* **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_3859_2026_EC0191* **ANDRES FELIPE GUZMAN CRUZ** **SUPERVISOR DEL CONTRATO**