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:	**JUAN FRANCISCO MARTIN VALDES**			**CC:**	**1032436553**
CORREO ELECTRÓNICO:	**fMARTINV.WHITE.519@GMAIL.COM**			**TELÉFONO:**	**3143681302**
DIRECCIÓN DOMICILIO:	**KR 91A 76 25**			**CIUDAD:**	**BOGOTA**
BANCO AL CUAL CONSIGNAR:	**BANCOLOMBIA**	**TIPO DE CUENTA:**	**AHORROS**	**N° CUENTA:**	**18380219855**
DATOS DEL CONTRATO O ADICION Y PERIODO OBJETO DE PAGO					
Nº DEL CONTRATO:	**PS 2124 2026**	**VALOR CORRESPONDIENTE AL PERIODO OBJETO DE COBRO**			**$ 2.873.100**
FECHA DE INICIO CONTRATO	**2026/02/01**	**FECHA DE TERMINACIÓN CONTRATO:**			**2026/07/31**
PERIODO OBJETO DE COBRO:	**DEL 2026/06/01 AL 2026/06/30**				

JUAN FRANCISCO MARTIN VALDES
PS_2124_2026_E1149D

NOMBRE Y FIRMA DEL CONTRATISTA:
JUAN FRANCISCO MARTIN VALDES
CC: 1032436553
CEL: 3143681302

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			
JUAN FRANCISCO MARTIN VALDES			
	CON C.C N°	**1.032.436.553**	
OBJETO DEL CONTRATO:	PRESTAR SERVICIOS COMO TECNICO 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 2124 2026**	**FECHA INICIO CONTRATO**	**2026/02/01**
VALOR INICIAL DEL CONTRATO	$ 11.492.400	**No. HORAS EJECUTADAS**	**0**
VALOR TOTAL DEL CONTRATO INCLUIDO ADICIONES:	$ 17.238.600	**VALOR DE HONORARIOS PERÍODO A CERTIFICAR:**	$ 2.873.100
PLAZO DEL CONTRATO INCLUYENDO PRORROGAS	SEIS (6) MESES		
UNIDAD FUNCIONAL DE EJECUCIÓN DE ACTIVIDADES:	CENTRO DE SALUD OLAYA		
NOMBRE DEL SUPERVISOR:	GLORIA MARITZA PINILLA PINILLA		

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	Utilize las medidas y elementos de protección personal de acuerdo con lo indicado en los protocolos de bioseguridad publicados el ALMERA en mis horarios de oficina
2	Realize el diligenciamiento del soporte del registro de vacunación (carnet), verificando que la información registrada coincida con los datos del documento de identidad entregados e información técnica de la vacuna aplicada ya sea soporte fisico o virtual de covid o regular
3	Verificar el cargue de la información en el aplicativo y PAI DISTRITAL, de los usuarios vacunados en cada jornada de vacunación. Garantize que la información cargada al aplicativo PAIWEB 2.0 y PAI DISTRITAL, corresponde a la estrategia implementada en el punto o jornada de vacunación
4	Entregue de soportesa travez de correo electronico del balance diario, semanal y mensual de las personas vacunadas desagregado por fase, etapa y población priorizada; a través del correcto diligenciamiento del formato MACRO y REPORTE DIARIO, herramienta de control asignada por la secretaria distrital de salud
5	En caso no aceptación de la vacunación por parte del usuario, realizar el diligenciamiento del disentimiento y reportar al supervisor del punto de manera inmediatamente el soporte como constancia de la no vacunacion
6	Entregar el carnet de vacunación fisico o virtual informando de manera clara para el usuario la fecha de la cita para la aplicación de las siguientes dosis a aplicar, la información exacta del usuario vacunado.de las dosis aplicadas, lotes, intitucion vacunadora y nombre del vacunador
7	Garantizar el cargue diarios en el aplicativo PAI WEB 2.0 y PAI DISTRITAL de los usuarios vacunados teniendo en cuenta el tiempo de validacion y verificacion para que la informacion quede con calidad de dato
8	Garantizar la calidad del dato de toda la información cargada en PAI WEB 2.0 y PAI DIASTRITAL y que sea coincidente con la herramienta de monitoreo MACRO y con los SIS
9	Apoyar la logística del punto de vacunación asignado en el soporte para la verificacion de los usuarios como su antecedente vacunacional
10	Asistir al punto de vacunación programado de acuerdo a las indicaciones del supervisor del punto en los horarios acordados y cumpliendo mi obligaciones diarias
11	Realize la estructurazion de la base de seguimiento de la poblacion adscrita a ala subred centro oriente para que se pueda realizar el agendamiento telefónico de acuerdo a las bases de información suministradas por la IPS
12	Entregar los soportes de pago de seguridad social y cuenta de cobro durante el plazo establecido con los soportes y formatos requeridos
13	presentar los formatos para el cargue en el aplicativo secop de la cuenta de cobro autorizadas por el supervisor
14	METAS UNIDADFS EXTRAMURALES Y INTRAMURALES CON SEGUIMIENTO A LA META VERIFICACION PROCESO FACTURACION REPORTES DIARIOS COVID Y REGULAR REVISION PAPALERIA SIS, DESCARGAS DIARIAS REGULAR CONTACTNOS SEMANALES REGULAR Y COVID VALIDACION CALIDAD DE DATO OLAYA EXTRAMURAL SEGUIMIENTO A BASES ASIGNACION USUARIOS DECAPITADOS CAPITAL SALUD A UNIDADES SEGUIMIENTO PLAN INTENSIFICACION DEMANDA INDUCIDA SEGUIMIENTOS UNIDADES INTRAMURALES VALIDACION CALIDAD DE DATO REVICION CALIDAD DE DATO ENTREGA INFORME REGULAR Y COVID COMITÉ PAI MENSUAL VERIFICACION CALIDAD DE DATO UNIDADES CONSOLIDADO DESPUES DE ENTREGA DE INFORME MENSUAL ENTREGA AUDITORIA CAPITAL SALUD, BASES DE SEGUIMIENTOS POBLACIÓN ASIGNADA CAPITAL SALUD

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° 9505302536	OPERADOR:	APORTES EN LINEA

CONCEPTO DEL PAGO	ENTIDAD	FECHA DE PAGO	VALOR PAGADO
SALUD:	FAMISANAR	2026/06/10	$ 218.900
PENSIÓN:	PORVENIR	2026/06/10	$ 280.200
RIESGOS LABORALES:	POSITIVA	2026/06/10	$ 42.700
OTRO			
TOTAL PAGADO			$ 541.800

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	*JUAN FRANCISCO MARTIN VALDES* *PS_2124_2026_E1149D* **JUAN FRANCISCO MARTIN VALDES** **CC: 1032436553**
FIRMA DE QUIEN CONVALIDA EL CUMPLIMIENTO DE LAS OBLIGACIONES PARA EL PRESENTE PERIODO DE PAGO	*GLORIA MARITZA PINILLA PINILLA* *PS_2124_2026_E1149D* **GLORIA MARITZA PINILLA PINILLA** **SUPERVISOR DEL CONTRATO**

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 1032436553		MARTIN VALDES JUAN FRANCISCO	INDEPENDIENTE	PRINCIPAL	CR 91A # 76-25	BOGOTA-BOGOTA D.E.	4914809	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	379976219	9505302536	I	2026/06/12	2026/06/10	BANCOLOMBIA	0	$541,800

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	Dias	IBC	Aporte	Codigo	Dias	IBC	Aporte	Codigo	Dias	IBC	Aporte	Codigo	Dias	IBC	Tarifa	Aporte	Dias	IBC	Aporte	Exonerado SENA e ICBF	Total Aportes
SUCURSAL: PRINCIPAL (1 Afiliados)																					$1,750,905	$280,200			$1,750,905	$218,900			$0	$0			$1,750,905		$42,700		$0	$0		$541,800
Centro de Trabajo: PRINCIPAL (1 Afiliados)																					$1,750,905	$280,200			$1,750,905	$218,900			$0	$0			$1,750,905		$42,700		$0	$0		$541,800
Ciudad: BOGOTA Depto: BOGOTA D.E. (1 Afiliados)																					$1,750,905	$280,200			$1,750,905	$218,900			$0	$0			$1,750,905		$42,700		$0	$0		$541,800
1	CC	1032436553 MARTIN JUAN																		230301	30	$1,750,905	$280,200	EPS017	30	$1,750,905	$218,900		0	$0	$0	14-23	30	$1,750,905	2.436%	$42,700	0	$0	$0	No	$541,800
Total	**Afiliados(1)**																					$1,750,905	$280,200			$1,750,905	$218,900			$0	$0			$1,750,905		$42,700		$0	$0		$541,800

aportes en línea

Planilla Resumen

RESUMEN DE PAGO

RIESGO	CODIGO	NIT	DV	AFILIADOS	VALOR LIQUIDADO	INTERESES MORA	SALDOS E INCAPACIDADES	VALOR A PAGAR
AFP (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$280,200	$0	$0	$280,200
PORVENIR	230301	800,224,808	8	1	$280,200	$0	$0	$280,200
ARL (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$42,700	$0	$0	$42,700
POSITIVA COMPAÑIA DE SEGUROS	14-23	860,011,153	6	1	$42,700	$0	$0	$42,700
EPS (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$218,900	$0	$0	$218,900
FAMISANAR	EPS017	830,003,564	7	1	$218,900	$0	$0	$218,900
TOTAL				**1**	**$541,800**	**$0**	**$0**	**$541,800**