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: (31-07-2026)					
NOMBRES Y APELLIDOS:	**CRISTHIAN CAMILO FUENTES BRAVO**			**CC:**	**1019063264**
CORREO ELECTRÓNICO:	**CRFUENTES@UAN.EDU.CO**			**TELÉFONO:**	**3045505828**
DIRECCIÓN DOMICILIO:	**CL 152A 101A 45**			**CIUDAD:**	**BOGOTA**
BANCO AL CUAL CONSIGNAR:	**BANCO CAJA SOCIAL**	**TIPO DE CUENTA:**	**AHORROS**	**N° CUENTA:**	**24094771240**
DATOS DEL CONTRATO O ADICION Y PERIODO OBJETO DE PAGO					
Nº DEL CONTRATO:	**PS 1570 2026**	**VALOR CORRESPONDIENTE AL PERIODO OBJETO DE COBRO**			**$ 8.227.440**
FECHA DE INICIO CONTRATO	**2026/02/01**	**FECHA DE TERMINACIÓN CONTRATO:**			**2026/07/31**
PERIODO OBJETO DE COBRO:	**DEL 2026/07/01 AL 2026/07/31**				

CRISTHIAN CAMILO FUENTES BRAVO
PS_1570_2026_600C97

NOMBRE Y FIRMA DEL CONTRATISTA:
CRISTHIAN CAMILO FUENTES BRAVO
CC: 1019063264
CEL: 3045505828

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			
CRISTHIAN CAMILO FUENTES BRAVO			
	CON C.C N°	**1.019.063.264**	
OBJETO DEL CONTRATO:	PRESTAR SERVICIOS COMO MEDICO GENERAL 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 1570 2026**	**FECHA INICIO CONTRATO**	**2026/02/01**
VALOR INICIAL DEL CONTRATO	$ 28.338.960	**No. HORAS EJECUTADAS**	**216**
VALOR TOTAL DEL CONTRATO INCLUIDO ADICIONES:	$ 50.507.340	**VALOR DE HONORARIOS PERÍODO A CERTIFICAR:**	$ 8.227.440
PLAZO DEL CONTRATO INCLUYENDO PRORROGAS	SEIS (6) MESES		
UNIDAD FUNCIONAL DE EJECUCIÓN DE ACTIVIDADES:	HOSPITAL SAN BLAS		
NOMBRE DEL SUPERVISOR:	XIMENA ANDREA GARAVITO HIGUERA		

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 las actividades, procedimientos diagnosticos y terapeuticos determinados dentro del plan de manejo de su especialidad, con alto nivel cientifico, etico y humano, garantizando una atencion oportuna, segura, empatica y centrada en el paciente, respetando su dignidad, autonomia, creencias, valores y necesidades biopsicosociales, procurando siempre el mejoramiento de su estado de salud y bienestar integral
2	.Brinde atencion en salud con oportunidad, integralidad, suficiencia y pertinencia, garantizando un trato digno, respetuoso, empatico y centrado en el paciente y su familia, en concordancia con los principios institucionales.
3	.Informe de manera clara, comprensible y oportuna al paciente y su familia sobre la condición clínica, evolución, plan terapéutico, riesgos, beneficios, pronostico y recomendaciones, promoviendo la toma de decisiones informadas y la satisfacción con la atención recibida
4	.Respete los derechos del paciente, cumplir el código de ética medica y las disposiciones legales vigentes aplicables a los servicios donde se preste la atención
5	.Garantice la continuidad del proceso asistencial mediante la comunicación efectiva de la información clínica relevante al equipo de salud, asegurando que el estado del paciente, las conductas instauradas y las recomendaciones queden claramente registradas de manera completa, oportuna, legible y veraz; así como, las atenciones, procedimientos, intervenciones y actividades realizadas, incluyendo consentimientos informados, reportes de estudios y demás soportes exigidos por la normatividad vigente preservando la confidencialidad y reserva de la información clínica y de los registros asistenciales.
6	.Notifique oportunamente los sucesos de seguridad del paciente que se presenten durante la atencion, participando en los analisis y en la implementacion de acciones de mejora definidas. asi como reportar oportunamente los eventos de notificacion obligatoria conforme a los tiempos y lineamientos establecidos en la normatividad vigente.
7	.Apoye las actividades relacionadas con los procesos de habilitacion, acreditacion y mejoramiento continuo de la subred integrada de servicios de salud.
8	.Preste los servicios conforme a la programacion de actividades de acuerdo a las necesidades de los servicios concertados con la supervision del contrato, informando oportunamente al supervisor del contrato cualquier novedad que pueda afectar el cumplimiento de las obligaciones contractuales, facilitando la adopcion de medidas que garanticen la prestacion del servicio.
9	.Contribui con la elaboracion, actualizacion, implementacion y/o adopcion de guias, manuales, protocolos, instructivos y procedimiento institucionales.
10	.Contribui con la elaboracion de respuestas a quejas, requerimientos, peticiones y solicitudes relacionadas con su proceso de atencion demas relacionados.
11	.Contribui con el proceso de respuesta relacionado con auditoria de cuentas, con el fin de prevenir glosas definitivas u objeciones.
12	.Cumpli con los compromisos adquiridos relacionados con planes de mejora, actas de compromiso y requerimientos formulados por la supervision del contrato
13	".Asisti y participe activamente a jornadas de capacitacion, induccion, reuniones, comites y demas espacios institucionales a los que sea convocado, relacionados con el objeto contractual. "
14	.Utilice adecuadamente los equipos, elementos, instalaciones y recursos suministrados por la subred para el desarrollo de las actividades contratadas. responder por la reposicion o reparacion de equipos cuando el daño sea atribuible a negligencia o uso inadecuado; ejerciendo su custodia entendida como la responsabilidad por su cuidado, conservacion, uso adecuado control y seguridad mientras permanezca bajo su asignacion y uso. reportar al area correspondiente los equipos de propiedad del contratista destinados a la atencion asistencial.

15	.Realice inscripciones en rethus, mipres y ruaf de acuerdo a su objeto contractual. portar el carne institucional durante la ejecucion de las actividades contractuales.
16	.Realice el pago oportuno de los aportes al sistema general de seguridad social y parafiscales durante la vigencia del contrato.
17	.Cumpli con las demas actividades propias del objeto contractual y aquellas asignadas por la supervision. Contenidas en el formato de necesidad de personal que hace parte integral del presente 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 (2026-07-01) AL (2026-07-31)

IV. INFORMACIÓN DE APORTES A SEGURIDAD SOCIAL

No. DE PLANILLA:	N° 6025432894	OPERADOR:	SOI

CONCEPTO DEL PAGO	ENTIDAD	FECHA DE PAGO	VALOR PAGADO
SALUD:	SANITAS	2026/07/21	$ 413.000
PENSIÓN:	PORVENIR	2026/07/21	$ 528.600
RIESGOS LABORALES:	SURA	2026/07/21	$ 80.500
OTRO			
TOTAL PAGADO			$ 1.022.100

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	*CRISTHIAN CAMILO FUENTES BRAVO* *PS_1570_2026_600C97* **CRISTHIAN CAMILO FUENTES BRAVO** **CC: 1019063264**
FIRMA DE QUIEN VALIDA	*DEISY YANETH HENAO VILLALOBOS* *PS_1570_2026_600C97* **DEISY YANETH HENAO VILLALOBOS** **SUPERVISOR ALTERNO**

FIRMA DE QUIEN CONVALIDA EL CUMPLIMIENTO DE LAS OBLIGACIONES PARA EL PRESENTE PERIODO DE PAGO	 *XIMENA ANDREA GARAVITO HIGUERA* *PS_1570_2026_600C97* **XIMENA ANDREA GARAVITO HIGUERA** **SUPERVISOR DEL CONTRATO**

1 Modificación del contrato
2 Información general
3 Condiciones
4 Bienes y servicios
5 Documentos del Proveedor
6 Documentos del contrato
7 Información presupuestal
8 Ejecución del Contrato
9 Modificaciones del Contrato
10 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					

Documentos de ejecución del contrato

	Descripción	Nombre del archivo	Cargado por		
☐	COMUNICACION SUPERVISOR PS 1570 2026 24-03-2026.pdf	COMUNICACION SUPERVISOR PS 1570 2026 24-03-2026.pdf	Comprador	Descargar	Detalle
	PS_1570_2026_FEBRERO CUENTA DE COBRO (Archivado)	PS_1570_2026_MARZO_PLANILLASS.pdf	Proveedor	Descargar	Detalle
☐	1. PS 1570 2026 CUENTA DE COBRO FEBRERO 2026.pdf	1. PS 1570 2026 CUENTA DE COBRO FEBRERO 2026.pdf	Proveedor	Descargar	Detalle
☐	1 PS 1570 2026 CRP -8809.pdf	1 PS 1570 2026 CRP -8809.pdf	Comprador	Descargar	Detalle
☐	. PS 1570 2026 CUENTA DE COBRO MARZO 2026..pdf	. PS 1570 2026 CUENTA DE COBRO MARZO 2026..pdf	Proveedor	Descargar	Detalle
☐	PS 1570 2026 CUENTA DE COBRO ABRIL 2026..pdf	PS 1570 2026 CUENTA DE COBRO ABRIL 2026..pdf	Proveedor	Descargar	Detalle
☐	PS 1570 2026 CUENTA DE COBRO MAYO 2026.pdf	PS 1570 2026 CUENTA DE COBRO MAYO 2026.pdf	Proveedor	Descargar	Detalle
☐	PS 1570 2026 CUENTA DE COBRO JUNIO 2026.pdf	PS 1570 2026 CUENTA DE COBRO JUNIO 2026.pdf	Proveedor	Descargar	Detalle
☐	2 PS 1570 2026 CRP -15815.PDF	2 PS 1570 2026 CRP -15815.PDF	Comprador	Descargar	Detalle

Cancelar

< Evaluación de la Entidad Estatal >

© VORTAL 2019 Términos de uso Normativa Soporte Remoto Ayuda Español (Colombia) 018000-52-0808 www.colombiacompra.gov.co/soporte Lunes a Viernes 7:00 a.m. a 7:00 p.m.

PLANILLA INTEGRADA AUTOLIQUIDACIÓN APORTES
COMPROBANTE DE PAGO

DATOS GENERALES DEL APORTANTE

TIPO IDENTIFICACIÓN:	CÉDULA DE CIUDADANÍA	NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN:	1019063264
NOMBRE Ó RAZÓN SOCIAL:			CRISTIAN CAMILO FUENTES BRAVO
CIUDAD/MUNICIPIO:	BOGOTA DISTRITO CAPITAL	DEPARTAMENTO:	BOGOTA - DISTRITO CAPITAL
DIRECCIÓN:	CR 111 #142 A-28	TELÉFONO:	6892577
TIPO APORTANTE:	02-INDEPENDIENTE	CLASE APORTANTE:	I-INDEPENDIENTE
TIPO EMPRESA:	PRIVADA	ACTIVIDAD ECONOMICA:	Otros trabajos de edición.
FORMA DE PRESENTACIÓN:	ÚNICO		
APORTANTE EXONERADO PAGO APORTES SALUD, SENA E ICBF (REFORMA TRIBUTARIA):			NO

DATOS GENERALES DE LA PLANILLA

NÚMERO PLANILLA:	**6025432894**		TIPO DE PLANILLA:		I-INDEPENDIENTES
PERIODO COTIZACIÓN	MES:	junio	PERIODO COTIZACIÓN	MES:	junio
OTROS SUBSISTEMAS:	AÑO:	2026	SALUD:	AÑO:	2026
DÍAS DE MORA:		5			
FECHA PAGO (aaaa/mm/dd):		2026/07/21	NÚMERO AUTORIZACIÓN:		498091681

NOVEDADES

ING	RET	TDE	TAE	TDP	TAP	COR	VSP	VST	SLN	COM	IGE	LMA	VAC	AVP	VCT	IRP
							X									

LIQUIDACIÓN GENERAL

			TOTALES	
			COTIZANTES	TOTAL PAGADO
PENSIÓN				
		ADMINISTRADORA		
NIT	CÓDIGO	NOMBRE		
8002248088	230301	230301-PORVENIR	1	$ 528.600
		SUBTOTAL:	1	**$ 528.600**
SALUD				
		ADMINISTRADORA		
NIT	CÓDIGO	NOMBRE		
8002514406	EPS005	EPS005-SANITAS S.A	1	$ 413.000
		SUBTOTAL:	1	**$ 413.000**
RIESGOS PROFESIONALES				
		ADMINISTRADORA		
NIT	CÓDIGO	NOMBRE		
8909037905	14-11	14-11 - ARL SURA	1	$ 80.500
		SUBTOTAL:	1	**$ 80.500**

VALOR SIN MORA:	**$ 1.018.200**
VALOR MORA:	**$ 3.900**
TOTAL PAGADO:	**$ 1.022.100**

Planilla Pagada