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:	**WASHINGTON ENRIQUE MORA SANTAMARIA**			**RUT:**	**287944**
CORREO ELECTRÓNICO:	**enriquemora1812@gmail.com**			**TELÉFONO:**	**3138329907**
DIRECCIÓN DOMICILIO:	**KR 13 # 27 98**			**CIUDAD:**	**BOGOTA**
BANCO AL CUAL CONSIGNAR:		**TIPO DE CUENTA:**	**CORRIENTE**	**N° CUENTA:**	
DATOS DEL CONTRATO O ADICION Y PERIODO OBJETO DE PAGO					
Nº DEL CONTRATO:	**PS 2813 2026**	**VALOR CORRESPONDIENTE AL PERIODO OBJETO DE COBRO**			**$ 10.055.760**
FECHA DE INICIO CONTRATO	**2026/02/01**	**FECHA DE TERMINACIÓN CONTRATO:**			**2026/08/31**
PERIODO OBJETO DE COBRO:	**DEL 2026/07/01 AL 2026/07/31**				

WASHINGTON ENRIQUE MORA SANTAMARIA
PS_2813_2026_4CC9BF

NOMBRE Y FIRMA DEL CONTRATISTA:
WASHINGTON ENRIQUE MORA SANTAMARIA
RUT: 287944
CEL: 3138329907

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			
WASHINGTON ENRIQUE MORA SANTAMARIA			
	CON C.C N°	**287.944**	
OBJETO DEL CONTRATO:	PRESTAR SERVICIOS COMO MEDICO GENERAL PARA DESARROLLAR ACTIVIDADES EN LA DIRECCION DE SERVICIOS DE URGENCIAS DE LA SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E.		
CONTRATO DE PRESTACION DE SERVICIOS PROFESIONALES No.	**PS 2813 2026**	**FECHA INICIO CONTRATO**	**2026/02/01**
VALOR INICIAL DEL CONTRATO	$ 28.338.960	**No. HORAS EJECUTADAS**	**264**
VALOR TOTAL DEL CONTRATO INCLUIDO ADICIONES:	$ 66.048.060	**VALOR DE HONORARIOS PERÍODO A CERTIFICAR:**	$ 10.055.760
PLAZO DEL CONTRATO INCLUYENDO PRORROGAS	SIETE (7) MESES		
UNIDAD FUNCIONAL DE EJECUCIÓN DE ACTIVIDADES:	CENTRO DE SALUD CHIRCALES		
NOMBRE DEL SUPERVISOR:	DANIEL ALEXANDER HUERTAS ROJAS		

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	1. EJECUTAR PROCEDIMIENTOS DIAGNOSTICOS Y TERAPEUTICOS DENTRO DEL PLAN DE MANEJO DE LA ESPECIALIDAD, BRINDANDO ATENCION OPORTUNA, INTEGRA, CONTINUA Y HUMANIZADA QUE INCLUYA SEGUIMIENTO, CONTROL Y EMISION DE CONCEPTOS MEDICOS, GARANTIZANDO LA AUTONOMIA INSTITUCIONAL Y LA COBERTURA EN TODAS LAS UNIDADES REQUERIDAS.2. INFORMAR CLARA Y OPORTUNAMENTE AL PACIENTE, SU FAMILIA Y EQUIPO DE SALUD SOBRE LA CONDICION CLINICA, PLAN DE MANEJO, RECOMENDACIONES Y NOVEDADES. REALIZAR ENTREGA DE TURNO PRESENCIAL MEDIANTE RONDA MEDICA, ASEGURANDO LA CONTINUIDAD Y SEGURIDAD EN LA ATENCION.3. REALIZAR ENTREGA Y RECIBO DE TURNO DE MANERA PRESENCIAL SEGUN LAS ACTIVIDADES PROGRAMADAS POR LA DIRECCION TECNICA DE URGENCIAS DE ACUERDO CON LA DISPONIBILIDAD DEL SERVICIO, ESTABLECIDOS EN PROTOCOLO DE ENTREGA Y RECIBO DE TURNO DE SUBRED CENTRO ORIENTE.4. REGISTRAR DE MANERA COMPLETA, OPORTUNA Y SISTEMATIZADA TODAS LAS ACTIVIDADES EN LOS SISTEMAS INSTITUCIONALES, INCLUYENDO HISTORIAS CLINICAS, CONSENTIMIENTOS INFORMADOS Y REPORTES. EN CASO DE FALLAS DEL SISTEMA, UTILIZAR LOS FORMATOS DE CONTINGENCIA ESTABLECIDOS, GARANTIZANDO LA CONFIDENCIALIDAD, INTEGRIDAD Y RESPALDO DOCUMENTAL MEDIANTE FIRMA Y SELLO PROFESIONAL. ADEMAS, EL PROFESIONAL DEBE ANEXAR EL NUMERO DE ACTIVIDADES REALIZADAS EN LA DINAMICA GERENCIAL, TALES COMO TRIAGE, ATENCION INICIAL DE URGENCIAS, EVOLUCION DE URGENCIAS, PROCEDIMIENTOS Y FICHAS DE NOTIFICACION5. RESPETAR DERECHOS DEL PACIENTE, CUMPLIR CON EL CODIGO DE ETICA MEDICA Y DISPOSICIONES LEGALES, ASI COMO ADHERIRSE A PROTOCOLOS, GUIAS, POLITICAS INSTITUCIONALES Y MARCO NORMATIVO VIGENTE QUE RIGE LA PRESTACION DE LOS SERVICIOS.6. GARANTIZAR EL ADECUADO USO, CUSTODIA, FUNCIONAMIENTO, REPARACION Y REPOSICION DE EQUIPOS, ELEMENTOS E INSTALACIONES ASIGNADOS PARA EL DESARROLLO DE LAS ACTIVIDADES, REPORTANDO LOS ACTIVOS SEGUN NORMATIVA INSTITUCIONAL.7. COLABORAR ACTIVAMENTE EN LA IMPLEMENTACION Y CUMPLIMIENTO DE POLITICAS DE CALIDAD, SEGURIDAD DEL PACIENTE, GESTION DEL RIESGO, ACREDITACION Y OTROS SISTEMAS DE GARANTIA DE CALIDAD, INCLUYENDO LA NOTIFICACION Y ANALISIS DE EVENTOS ADVERSOS Y OBLIGATORIOS.8. PARTICIPAR EN CAPACITACIONES, REUNIONES, COMITES, SUPERVISIONES INTERNAS Y EXTERNAS, CUMPLIENDO OPORTUNAMENTE LAS RECOMENDACIONES Y COMPROMISOS DERIVADOS DE ESTOS PROCESOS, ASI COMO APOYAR ACTIVIDADES Y REQUERIMIENTOS INSTITUCIONALES Y EXTRAINSTITUCIONALES.9. CUMPLIR CON DILIGENCIAMIENTO ADECUADO Y OPORTUNO DE DOCUMENTOS PARA PROCESOS DE COSTOS, FACTURACION, CERTIFICADOS LEGALES (FICHAS DE NOTIFICACION, DEFUNCION, MIPRES), RESPONDER A RECLAMACIONES Y OBJECIONES PARA EVITAR GLOSAS, Y GARANTIZAR LA ENTREGA OPORTUNA DE CUENTAS DE COBRO Y EL PAGO DE APORTES DE SEGURIDAD SOCIAL.10. APOYAR LA GESTION INTEGRAL EN EL AREA DE URGENCIAS, REPORTAR CENSOS, GESTIONAR LIBERACION Y FLUJO DE CAMILLAS Y CAMAS, DESARROLLAR, ELABORAR GUIAS Y PLANES PARA EMERGENCIAS Y DESASTRES.11. INFORMAR OPORTUNAMENTE AL SUPERVISOR SOBRE CUALQUIER NOVEDAD QUE AFECTE LA PRESTACION DEL SERVICIO, INCLUYENDO AUSENCIAS O CAMBIOS EN PROGRAMACION, GARANTIZANDO LA CONTINUIDAD Y ADECU

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° 93515739	OPERADOR:	MI PLANILLA

CONCEPTO DEL PAGO	ENTIDAD	FECHA DE PAGO	VALOR PAGADO
SALUD:	SANITAS	2026/07/24	$ 502.800
PENSIÓN:	PENSION	2026/07/24	$ 0
RIESGOS LABORALES:	SURA	2026/07/24	$ 98.000
OTRO			
TOTAL PAGADO			$ 600.800

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	*WASHINGTON ENRIQUE MORA SANTAMARIA* *PS_2813_2026_4CC9BF* **WASHINGTON ENRIQUE MORA SANTAMARIA** **RUT: 287944**
FIRMA DE QUIEN CONVALIDA EL CUMPLIMIENTO DE LAS OBLIGACIONES PARA EL PRESENTE PERIODO DE PAGO	*DANIEL ALEXANDER HUERTAS ROJAS* *PS_2813_2026_4CC9BF* **DANIEL ALEXANDER HUERTAS ROJAS** **SUPERVISOR DEL CONTRATO**