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:	**JAIME ANDRES MERCHAN ALVAREZ**			**CC:**	**1098741066**
CORREO ELECTRÓNICO:	**JAIMEANDRES.M@HOTMAIL.COM**			**TELÉFONO:**	**3015850913**
DIRECCIÓN DOMICILIO:	**KR 50 104B 34**			**CIUDAD:**	**BOGOTA**
BANCO AL CUAL CONSIGNAR:	**BBVA COLOMBIA**	**TIPO DE CUENTA:**	**AHORROS**	**N° CUENTA:**	**766001794**
DATOS DEL CONTRATO O ADICION Y PERIODO OBJETO DE PAGO					
Nº DEL CONTRATO:	**PS 2785 2026**	**VALOR CORRESPONDIENTE AL PERIODO OBJETO DE COBRO**			**$ 2.873.100**
FECHA DE INICIO CONTRATO	**2026/02/03**	**FECHA DE TERMINACIÓN CONTRATO:**			**2026/07/31**
PERIODO OBJETO DE COBRO:	**DEL 2026/07/01 AL 2026/07/31**				

JAIME ANDRES MERCHAN ALVAREZ
PS_2785_2026_8E75E2

NOMBRE Y FIRMA DEL CONTRATISTA:
JAIME ANDRES MERCHAN ALVAREZ
CC: 1098741066
CEL: 3015850913

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			
JAIME ANDRES MERCHAN ALVAREZ			
	CON C.C N°	**1.098.741.066**	
OBJETO DEL CONTRATO:	PRESTAR SERVICIOS COMO TECNICO DE APOYO A LA GESTION III PARA DESARROLLAR ACTIVIDADES EN LA SUBGERENCIA DE SERVICIOS DE SALUD DE LA SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E.		
CONTRATO DE PRESTACION DE SERVICIOS PROFESIONALES No.	**PS 2785 2026**	**FECHA INICIO CONTRATO**	**2026/02/03**
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:	HOSPITAL SANTA CLARA		
NOMBRE DEL SUPERVISOR:	ELIANA IVONT HURTADO SEPÚLVEDA		

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	SE APOYO EL PROCESO ADMINISTRATIVO DE LA SUBGERENCIA DE SERVICIOS DE SALUD.
2	SE REALIZO ACOMPAÑAMIENTO TELEFONICO BRINDANDO TODA LA ASESORIA FRENTE AL TRAMITE DOCUMENTAL DE LA SUBGERENCIA DE SERVICIOS DE SALUD.
3	SE APOYO LOS PROCESOS DE GESTION DOCUMENTAL A LOS PROCESOS SUBYACENTES DE LA SUBGERENCIA DE SERVICIOS.
4	SE REALIZO SEGUIMIENTO A LAS BASES DE DATOS DE CONTROL EN LA SUBGERENCIA DE SERVICIOS.
5	DARLE MANEJO AL SISTEMA AGILSALUD ADELANTANDO LA RECEPCION INICIAL, REVISION DIARIA, SISTEMATIZACION, FOTOCOPIADO O ESCANER, REPARTICION, RECEPCION DE RESPUESTAS, ARCHIVO DE LAS MISMAS AL DIA Y SEGUIMIENTO SEGUN SE REQUIERA O DE ACUERDO A LO ASIGNADO.
6	MANEJO DE DOCUMENTACION QUE INGRESA A LA SUBGERENCIA DE SERVICIOS DE SALUD, DEBIDAMENTE FOLIADA Y CLASIFICADA POR SUS RESPECTIVOS NOMBRES EN LA SUBRED CENTRO ORIENTE E.S.E.
7	SE APOYO CON LA INFORMACION QUE SEA NECESARIA PARA CUMPLIR CON LOS REQUERIMIENTOS DE LAS AUTORIDADES DE CONTROL, RESPECTO A LA DOCUMENTACION QUE MANEJA LA SUBGERENCIA DE SERVICIOS DE 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 (2026-07-01) AL (2026-07-31)

IV. INFORMACIÓN DE APORTES A SEGURIDAD SOCIAL

No. DE PLANILLA:	N° 1083093308	OPERADOR:	SIMPLE

CONCEPTO DEL PAGO	ENTIDAD	FECHA DE PAGO	VALOR PAGADO
SALUD:	SANITAS	2026/07/28	$ 218.900
PENSIÓN:	PROTECCION	2026/07/28	$ 280.200
RIESGOS LABORALES:	SURA	2026/07/28	$ 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	*JAIME ANDRES MERCHAN ALVAREZ* *PS_2785_2026_8E75E2* **JAIME ANDRES MERCHAN ALVAREZ** **CC: 1098741066**
FIRMA DE QUIEN CONVALIDA EL CUMPLIMIENTO DE LAS OBLIGACIONES PARA EL PRESENTE PERIODO DE PAGO	*ELIANA IVONT HURTADO SEPÚLVEDA* *PS_2785_2026_8E75E2* **ELIANA IVONT HURTADO SEPÚLVEDA** **SUPERVISOR DEL CONTRATO**