**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: (31-08-2026)** | | | | | |
| **NOMBRES Y APELLIDOS:** | **DANIEL ANDRES SANCHEZ ÑUNGO** | | | **CC:** | **1001093224** |
| **CORREO ELECTRÓNICO:** | **DANIELANDRES-7634@HOTMAIL.COM** | | | **TELÉFONO:** | **3137071283** |
| **DIRECCIÓN DOMICILIO:** | **CL 131C 126 72** | | | **CIUDAD:** | **BOGOTA** |
| **BANCO AL CUAL CONSIGNAR:** | **BANCOLOMBIA** | **TIPO DE CUENTA:** | **AHORROS** | **N° CUENTA:** | **91218717042** |
| **DATOS DEL CONTRATO O ADICION Y PERIODO OBJETO DE PAGO** | | | | | |
| **Nº DEL CONTRATO:** | **PS 1801 2026** | **VALOR CORRESPONDIENTE AL PERIODO OBJETO DE COBRO** | | | **$ 2.428.120** |
| **FECHA DE INICIO CONTRATO** | **2026/02/03** | **FECHA DE TERMINACIÓN CONTRATO:** | | | **2026/08/31** |
| **PERIODO OBJETO DE COBRO:** | **DEL 2026/08/01 AL 2026/08/31** | | | | |

*DANIEL ANDRES SANCHEZ ÑUNGO*
*PS_1801_2026_F94519*

**NOMBRE Y FIRMA DEL CONTRATISTA:**
**DANIEL ANDRES SANCHEZ ÑUNGO**
**CC: 1001093224**
**CEL: 3137071283**

| | | |
|---|---|---|
| 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**<br>**APOYO - GESTION DE CONTRATACIÓN**<br>**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<br>**VERSIÓN:** 2<br>**FECHA:** 2025-06-09 |

| | | | |
|---|---|---|---|
| **CELEBRADO ENTRE LA SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E Y** | | | |
| **DANIEL ANDRES SANCHEZ ÑUNGO** | | | |
| | **CON C.C N°** | **1.001.093.224** | |
| **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 1801 2026** | **FECHA INICIO CONTRATO** | **2026/02/03** |
| **VALOR INICIAL DEL CONTRATO** | $ 9.712.480 | **No. HORAS EJECUTADAS** | **0** |
| **VALOR TOTAL DEL CONTRATO INCLUIDO ADICIONES:** | $ 16.910.122 | **VALOR DE HONORARIOS PERÍODO A CERTIFICAR:** | $ 2.428.120 |
| **PLAZO DEL CONTRATO INCLUYENDO PRORROGAS** | SIETE (7) MESES | | |
| **UNIDAD FUNCIONAL DE EJECUCIÓN DE ACTIVIDADES:** | HOSPITAL SANTA CLARA | | |
| **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 | SE REALIZA LLAMADO DEL PACIENTE A VENTANILLA DE ACUERDO A ORGANIZACIÓN. |
| 2 | SE VERIFICO LAS ORDENAS MEDICAS Y AUTORIZACION FISICA QUE PRESENTA PARA SU ATENCION POR CONSULTA EXTERNA, SEGÚN ACUERDO DE VOLUNTADES Y NORMATIVIDAD VIGENTE. |
| 3 | SE GENERO VERIFICACION Y ESTADOS DE AFILACION DE CADA UNO DE LOS PACIENTE. |
| 4 | SE VALIDA Y SE REVISAN FRECUENCIAS Y PERIODICIDAD DE USO DE LOS SERVICIOS DE CADA PACIENTE. |
| 5 | SE REALIZO ACTUALIZACION DE DATOS DEL USUARIO DE INFORMACION PERSONAL ENEL SISTEMA. |
| 6 | SE ABREN INGRESOS PARA INYECTOLOGIA Y FARMACIA. |
| 7 | SE GENERO FACTURA ELECTRONICA DE ACUERDO A SOLITUD DEL PACIENTE Y PAGADOR. |
| 8 | SE REALIZO ACTUALIZACION DE DATOS DEL USUARIO DE INFORMACION PERSONAL EN EL SISTEMA. |
| 9 | SE REALIZO ENTREGA DE RECIBO DE CAJA DE ACUERDO A SOLICITUD Y COPIA AL USUARIO A LA ATENCION PRESTADA. |
| 10 | SE REVIVIO Y SE INGRESO ABONOS QUE REALIZARON LOS USUARIOS O PACIENTE EN CONCEPTO DE PAGARES. |
| 11 | SE REALIZA CIERRE DE CAJA CON RECAUDO COMPLETO DEL DIA, DILIGENCIADO LOS FORMATO DEFINIDOS, REALIZANDO LA ENTREGA DE LAS FACTURAS GENERADAS CON RECAUDO. |
| 12 | SE REALIZO LA ENTREGA DE ACUERDO A SOLICITUD DE AREA A ENTIDAD DE LAS DIREFENTES FACTURAS CON SOPORTE Y DOCUMENTACION PERTINENTE. |

**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 (2026-08-01) AL (2026-08-31)

IV. INFORMACIÓN DE APORTES A SEGURIDAD SOCIAL

| | | | |
|---|---|---|---|
| No. DE PLANILLA: | N° 6027991122 | OPERADOR: | SOI |
| CONCEPTO DEL PAGO | ENTIDAD | FECHA DE PAGO | VALOR PAGADO |
| SALUD: | SANITAS | 2026/08/12 | $ 219.300 |
| PENSIÓN: | COLPENSIONES | 2026/08/12 | $ 280.700 |

| | | | |
|---|---|---|---|
| RIESGOS LABORALES: | SURA | 2026/08/12 | $ 42.800 |
| OTRO | | | |
| TOTAL PAGADO | | | $ 542.800 |

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** | *DANIEL ANDRES SANCHEZ ÑUNGO*<br>*PS_1801_2026_F94519*<br>**DANIEL ANDRES SANCHEZ ÑUNGO**<br>**CC: 1001093224** |
| **FIRMA DE QUIEN VALIDA** | *YURLEY MARIA ALVAREZ HOYOS*<br>*PS_1801_2026_F94519*<br>**YURLEY MARIA ALVAREZ HOYOS**<br>**SUPERVISOR ALTERNO** |
| **FIRMA DE QUIEN CONVALIDA EL CUMPLIMIENTO DE LAS OBLIGACIONES PARA EL PRESENTE PERIODO DE PAGO** | *ANDRES FELIPE GUZMAN CRUZ*<br>*PS_1801_2026_F94519*<br>**ANDRES FELIPE GUZMAN CRUZ**<br>**SUPERVISOR DEL CONTRATO** |