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:	**DARWIN YOGEL GUILLEN VERGARA**			**RUT:**	**700493420**
CORREO ELECTRÓNICO:	**DARWINGUILLENVERGARA5@GMAIL.COM**			**TELÉFONO:**	**3143085224**
DIRECCIÓN DOMICILIO:	**KR 11C 16A 23 SUR**			**CIUDAD:**	**BOGOTA**
BANCO AL CUAL CONSIGNAR:	**BANCO DAVIVIENDA S.A.**	**TIPO DE CUENTA:**	**AHORROS**	**N° CUENTA:**	**456800285276**
DATOS DEL CONTRATO O ADICION Y PERIODO OBJETO DE PAGO					
Nº DEL CONTRATO:	**PS 1757 2026**	**VALOR CORRESPONDIENTE AL PERIODO OBJETO DE COBRO**			**$ 2.328.120**
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**				

DARWIN YOGEL GUILLEN VERGARA
PS_1757_2026_8C2753

NOMBRE Y FIRMA DEL CONTRATISTA:
DARWIN YOGEL GUILLEN VERGARA
RUT: 700493420
CEL: 3143085224

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			
DARWIN YOGEL GUILLEN VERGARA			
	CON C.C N°	**700.493.420**	
OBJETO DEL CONTRATO:	PRESTAR SERVICIOS COMO BACHILLER APOYO A LA GESTION I 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 1757 2026**	**FECHA INICIO CONTRATO**	**2026/02/03**
VALOR INICIAL DEL CONTRATO	$ 9.312.480	**No. HORAS EJECUTADAS**	**0**
VALOR TOTAL DEL CONTRATO INCLUIDO ADICIONES:	$ 16.213.693	**VALOR DE HONORARIOS PERÍODO A CERTIFICAR:**	$ 2.328.120
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	1. REALIZAR LLAMADO DEL PACIENTE A VENTANILLA DE ACUERDO CON ORGANIZACION Y DIGITURNO ENTREGADO POR EL ORIENTADOR.2. VERIFICAR LAS ORDENES MEDICAS Y AUTORIZACION FISICA QUE PRESENTA EL PACIENTE PARA SU ATENCION POR CONSULTA EXTERNA, SEGUN ACUERDO DE VOLUNTADES Y NORMATIVIDAD VIGENTE.3. VERIFICAR DERECHOS DEL PACIENTE FRENTE A LA SEGURIDAD SOCIAL O AFILIACION DEL USUARIO Y ADJUNTAR A CARPETA REQUERIMIENTOS DEL SISTEMA DE INFORMACION LOS SOPORTES DE VERIFICACION DE DERECHOS.4. REVISAR Y VALIDAR SERVICIOS RESPECTO A FRECUENCIAS DE USO, GRUPO ETARIO, GENERO Y SEGUN ACUERDO DE VOLUNTADES Y NORMATIVIDAD VIGENTE5. ACTUALIZAR DATOS PERSONALES DEL USUARIO Y DATOS DEL ACUDIENTE EN EL SISTEMA DE INFORMACION.6. REALIZAR LA FACTURACION DE LOS PACIENTES QUE NO REQUIERAN CANCELAR COPAGOS O CUOTAS DE RECUPERACION, PREVIAMENTE A LA ATENCION MEDICA, PARA DISMINUCION DE FILAS EN SALAS DE ESPERA.7. GENERAR FACTURA ELECTRONICA DE VENTA O REGISTRO DE SERVICIOS EN EL SISTEMA DE INFORMACION DGH Y SOPORTAR CON LA DOCUMENTACION QUE PRESENTA EL USUARIO SEGUN ACUERDO DE VOLUNTADES Y NORMATIVIDAD VIGENTE.8. RECEPCIONAR DINERO, GENERAR RECIBO DE CAJA Y ENTREGAR COPIA AL USUARIO DE ACUERDO CON LA ATENCION PRESTADA AL PACIENTE SEGUN ACUERDO DE VOLUNTADES Y NORMATIVIDAD VIGENTE.9. RECIBIR E INGRESAREN EL SISTEMA DE INFORMACION DGH LOS ABONOS QUE REALICEN LOS USUARIOS O PACIENTES EN CONCEPTO DE PAGARES.10. REALIZAR CIERRE DE CAJA, ARQUEO Y ENTREGA DE SOPORTES RESPECTIVOS, SEGUN INSTRUCTIVO DEL AREA DE TESORERIA.11. ENTREGAR LAS FACTURAS GENERADAS A DIARIO SOPORTADAS Y ORGANIZADAS DE ACUERDO INSTRUCTIVOS Y/O PROCEDIMIENTOS DEL AREA.12. CORREGIR DENTRO DE LAS 48 HORAS SIGUIENTES A SU RECEPCION, LAS DEVOLUCIONES QUE HACE EL ANALISTA DE CUENTAS.13. BRINDAR EL APOYO NECESARIO Y REALIZAR PLANES DE CONTINGENCIA EN EL MOMENTO EN QUE NO SE CUENTE CON EL SISTEMA DE INFORMACION Y/O BASES DE DATOS AFINES.14. RECEPCIONAR, ESCANEAR, Y ADJUNTAR A CARPETA REQUERIMIENTOS DEL SISTEMA DE INFORMACION LOS SOPORTES FISICOS DE LOS PACIENTES ATENDIDOS15 REALIZAR SEGUIMIENTO A LOS SOPORTES PENDIENTES Y A LA FACTURACION RADICADA EN LAS PLATAFORMAS DE LAS ERP, VERIFICANDO LOS CAMBIOS DE ESTADO Y NOTIFICANDO LAS ACTUALIZACIONES CORRESPONDIENTES EN EL SISTEMA DGH.16. REALIZAR ACTUALIZACION EN CUANTO A LA NORMATIVIDAD VIGENTE EN EL SGSSS Y ASISTIR A LAS REUNIONES Y CAPACITACIONES PROGRAMADAS POR EL AREA O POR LA SUBRED17. REALIZAR LAS DEMAS ACTIVIDADES RELACIONADAS CON EL OBJETO CONTRACTUAL QUE ASIGNE EL SUPERVISOR DEL CONTRATO.18. REALIZAR ACOMPAÑAMIENTO Y CAPACITACION AL TALENTO HUMANO SEGUN SEA DESIGNADO. 19. CON LA FIRMA DEL CONTRATO, EL CONTRATISTA ACEPTA QUE, AL MOMENTO DE ENTREGAR EL DINERO RECAUDADO EN LA VENTANILLA, PRESENTA ALGUNA DIFERENCIA O AUSENCIA DEL MISMO, ESTE SERA DESCONTADO DE LOS HONORARIOS QUE SE CERTIFIQUEN EN EL MES CORRESPONDIENTE AL FALTANTE
	1 Realicé el llamado de los pacientes en ventanilla conforme a la organización establecida y al dígito asignado por el orientador, garantizando una atención ordenada y oportuna. 2 Verifiqué las órdenes médicas y las autorizaciones físicas presentadas por los usuarios para la atención en consulta externa, asegurando el cumplimiento del acuerdo de voluntades y la normatividad vigente. 3 Validé los derechos del paciente frente al Sistema General de Seguridad Social en Salud (SGSSS), adjuntando y soportando en el sistema de información la documentación requerida para la verificación. 4 Revisará y validará los servicios solicitados, teniendo en cuenta las frecuencias de uso, grupo etario, género y condiciones contractuales, conforme al acuerdo de voluntades y la normativa aplicable. 5 Actualicé los datos personales del usuario y del acudiente en el sistema de información institucional, garantizando la calidad y veracidad de la información registrada. 6 Realicé la facturación anticipada de los pacientes que no requerían el pago de copagos o cuotas de recuperación, optimizando los tiempos de atención y disminuyendo la congestión en salas de espera. 7 Generé la factura electrónica de venta y efectué el registro de los servicios en el sistema de información institucional,

2	verificando y soportando la documentación presentada por la conformidad a la normativa vigente. 8 Recepcioné pagos por concepto de copagos, cuotas de recuperación y bonos a pagarés; elaborará los recibos de caja correspondientes y entregué copia al usuario según la atención prestada. 9 Registré e ingresé en el sistema los abonos realizados por los usuarios relacionados con compromisos de pago o pagarés. 10 Realicé el cierre diario de caja, el arqueo correspondiente y la entrega formal de soportes, en cumplimiento del instructivo establecido por el área de tesorería

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° 1084371571	OPERADOR:	SIMPLE

CONCEPTO DEL PAGO	ENTIDAD	FECHA DE PAGO	VALOR PAGADO
SALUD:	SALUD TOTAL	2026/08/13	$ 218.900
PENSIÓN:	PROTECCION	2026/08/13	$ 280.200
RIESGOS LABORALES:	SEGUROS BOLIVAR	2026/08/13	$ 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	*DARWIN YOGEL GUILLEN VERGARA* *PS_1757_2026_8C2753* **DARWIN YOGEL GUILLEN VERGARA** **RUT: 700493420**
FIRMA DE QUIEN VALIDA	*YURLEY MARIA ALVAREZ HOYOS* *PS_1757_2026_8C2753* **YURLEY MARIA ALVAREZ HOYOS** **SUPERVISOR ALTERNO**

FIRMA DE QUIEN CONVALIDA EL CUMPLIMIENTO DE LAS OBLIGACIONES PARA EL PRESENTE PERIODO DE PAGO	*ANDRES FELIPE GUZMAN CRUZ* *PS_1757_2026_8C2753* **ANDRES FELIPE GUZMAN CRUZ** **SUPERVISOR DEL CONTRATO**

PAGOSIMPLE | REPORTE INDIVIDUAL

Fecha creación reporte 2026-09-09, 03:11:39 PM **Tipo Planilla** I **Número Planilla** 1085058864

Periodo Cotización 202608 **Periodo Servicio** 202608

Cliente:

PAGADA 2026-09-09

I. DATOS DEL APORTANTE

Razón Social	DARWIN YOGEL GUILLEN VERGARA				
Documento	PT 5636162	**Dirección**	CR 11C #16 A - 23 SUR		
Tipo de Empresa	INDEPENDIENTE	**Teléfono**	3025639383		
Tipo Persona	NATURAL	**Forma Presentación**	ÚNICO	**Total Afiliados**	1
Ciudad	SOACHA	**Departamento**	CUNDINAMARCA		
Representante Legal		**Identificación**			

II. DATOS DEL AFILIADO

Documento	PT 5636162		**Residente**		**Exonerado**	N	**Apellidos y Nombres**	**Código Ciudad - Departamento**	**Centro de Trabajo**	**Ubicación Laboral**
Tipo Cotizante	59	00					GUILLEN VERGARA DARWIN YOGEL	25754000 - 25		CUNDINAMARCA

III. APORTE POR CADA UNA DE LAS ADMINISTRADORAS ASOCIADAS AL AFILIADO:

Novedades																					**Extranjero**	**Tipo salario**	**Salario**	**Pensión**							**Salud**						**Riesgos**						**Caja**				**Parafiscales**			
ING	RET	TDE	TAE	TDP	TAP	VSP	COR	VST	SLN	IGE	LMA	VAC	AVP	VCT	IRP	Días AFP	Días EPS	Días ARP	Días CCF				Código AFP	Código Tras. AFP	Tarifa AFP	IBC	Total Aporte AFP	Total Aporte FSP	Total Aporte FSPS	Código EPS	Código Tras. EPS	Tarifa EPS	IBC EPS	Aporte Salud	Aporte UPC	Código ARL	Clase Riesgo	Tarifa ARL	IBC ARL	Aporte Riesgos	Código CCF	Tarifa CCF	IBC CCF	Aporte Caja	Tarifa SENA	Aporte SENA	Tarifa ICBF	Aporte ICBF
															0	30	30	30	0			$ 1.750.905	230201		16 %	$ 1.750.905	$ 280.200	$ 0	$ 0	EPS002		12,5 %	$ 1.750.905	$ 218.900	$ 0	14-7	3	2,436 %	$ 1.750.905	$ 42.700	NIN-CC	0 %	$ 0	$ 0	0 %	$ 0	0 %	$ 0

IV.TOTALES

Total Aportes Pensión	Total Aportes FSP	Total Aportes FSPS	Total Aportes Salud	Total Aportes Riesgos	Total Aportes Cajas	Total Aportes SENA	Total Aportes ICBF	Total Aportes ESAP	Total Aportes MEN	Total Final
PROTECCION	FSP SOLIDARIDAD	FSP SUBSISTENCIA	SALUD TOTAL EPS	SEGUROS BOLIVAR	NINGUNA CCF	SENA	ICBF	ESAP	MEN	
$ 280.200	$ 0	$ 0	$ 218.900	$ 42.700	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 541.800

Líneas de Servicio FonoSIMPLE: Bogotá 601 4446634 - Cali: 602 5540577 - Medellín: 604 5146669 - Bucaramanga: 607 6438000 - Cartagena: 605 6945444 - Pereira: 606 3402582 - Barranquilla: 605 3618850 - Resto del País: 018000 971 971 - ¡Más que Fácil, SIMPLE!

¡El Poder de lo SIMPLE!