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:	**WILSON JOAQUIN ARANGUREN RODRIGUEZ**			**CC:**	**79625409**
CORREO ELECTRÓNICO:	**WILSON.ARANGUREN2406@GMAIL.COM**			**TELÉFONO:**	**3133347449**
DIRECCIÓN DOMICILIO:	**CL 32A 26B 51 SUR**			**CIUDAD:**	**BOGOTA**
BANCO AL CUAL CONSIGNAR:	**BANCO DAVIVIENDA S.A.**	**TIPO DE CUENTA:**	**AHORROS**	**N° CUENTA:**	**004870190271**
DATOS DEL CONTRATO O ADICION Y PERIODO OBJETO DE PAGO					
Nº DEL CONTRATO:	**PS 1792 2026**	**VALOR CORRESPONDIENTE AL PERIODO OBJETO DE COBRO**			**$ 2.428.120**
FECHA DE INICIO CONTRATO	**2026/02/02**	**FECHA DE TERMINACIÓN CONTRATO:**			**2026/08/31**
PERIODO OBJETO DE COBRO:	**DEL 2026/08/01 AL 2026/08/31**				

WILSON JOAQUIN ARANGUREN RODRIGUEZ
PS_1792_2026_963CBC

NOMBRE Y FIRMA DEL CONTRATISTA:
WILSON JOAQUIN ARANGUREN RODRIGUEZ
CC: 79625409
CEL: 3133347449

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			
WILSON JOAQUIN ARANGUREN RODRIGUEZ			
	CON C.C N°	**79.625.409**	
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 1792 2026**	**FECHA INICIO CONTRATO**	**2026/02/02**
VALOR INICIAL DEL CONTRATO	$ 9.712.480	**No. HORAS EJECUTADAS**	**0**
VALOR TOTAL DEL CONTRATO INCLUIDO ADICIONES:	$ 16.996.840	**VALOR DE HONORARIOS PERÍODO A CERTIFICAR:**	$ 2.428.120
PLAZO DEL CONTRATO INCLUYENDO PRORROGAS	SIETE (7) MESES		
UNIDAD FUNCIONAL DE EJECUCIÓN DE ACTIVIDADES:	HOSPITAL SAN BLAS		
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 Admiti en el sistema de información DINAMICA a los pacientes que ingresan por urgencias en unidades donde no hay admisionista. 2 Verifique los derechos de los pacientes frente a las seguridad social o afiliación del usuario en unidades donde no hay admisionista. 3 Actualice datos personales del usuario y datos del acudiente en el sistema de información. 4 Reporte por correo electrónico al área de trabajo social, cuando se tenia dificultad de identificación del paciente. 5 Revise la respuesta y soportes emitidos por parte del área de trabajo social para la correcta identificación o clasificación del paciente. 6 Registre y confirme las órdenes de servicio de la consulta o la observación de urgencias. 7 Revise el estado de cuenta del paciente contra historia clínica, y revise que se encuentre todas las actividades y procedimientos realizados en estado registrado y confirmado. 8 Verifique y conecte los soportes de tecnologías no incluidos en el Plan de Beneficios reportados al ente respectivo (MIPRES). 9 Verifique y adjunte el soporte entregado por el área de autorizaciones de trámite según acuerdo de voluntades y normatividad vigente. 10 Di egreso oportuno a los pacientes, una vez se notifica la orden de salida por el área asistencial. 11. registre en el drive de auditoria montos altos las pre-facturas de evento superiores a 20 millones de pesos para su respectiva revisión y aval 12 Genere Orden de Salida en DINAMICA , firme y entregue copia al usuario y posteriormente subí soporte diligenciado correctamente a su respectiva carpeta en requerimientos. 13 Verifique y adjunte los soportes manuales generados en la prestación de servicios al sistema de información DGH. 14 Elabore factura de los pacientes de Urgencias, Observación y hospitalización generando recibo de caja oportunamente cuando corresponde de acuerdo a la atención prestada al paciente, de acuerdo a la normatividad vigente. 15 Legalice y entregue oportunamente el dinero recibido por concepto de copago o cuota de recuperación que hicieron los usuarios, en sistema de información y ante el área de tesorería. 16 Diligencie la solicitud de crédito, el formato de pagaré y verifique el registro de la información suministrada por el usuario y realice la entrega de los soportes en los tiempos establecidos. 17 Reciba e ingrese los bonos que realicen los usuarios o pacientes en concepto de pagarés. 18 Realice cierre de caja, arqueo y entrega de soportes respectivos, según instructivo del área de Tesorería. 19 Entregue las facturas generadas a diario soportadas y organizadas de acuerdo a lo indicado por el área correspondiente. 20 Corregi dentro de los tiempos establecidos, las devoluciones que hace el analista de cuentas. 21 Brinde el apoyo necesario y realizar planes de contingencia en el momento en que no conté con el sistema de información y/o bases de datos afines 22.regístrese en el drive de liquidación los ingresos superiores a 7 días de estancia para su respectiva revisión y generación de factura. 22 Recepcione y realice seguimiento a las pre facturas enviadas al proceso de liquidación de los servicios de hospitalización y cirugía ambulatoria. 23. asigne los ingresos registrados en el drive de liquidacion al grupo de central de liquidacion 24 Realice actualización en cuanto a la normatividad vigente en el SGSSS y asisti a las reuniones y capacitaciones programadas por el área. 25 Realice las demás actividades relacionadas con el objeto contractual que asigne el supervisor del contrato. 26. participe en todas las reuniones y capacitaciones programadas por la subred. 27. realizar acompañamiento y capacitación al talento humano según se designe. 28. Con la firma del contrato, acepte que, si al momento de entregar el dinero recaudado en la ventanilla, presente alguna diferencia o ausencia del mismo, este será descontado de los honorarios que se certifiquen en el mes correspondiente al faltante.

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° 1083756180	OPERADOR:	SIMPLE

CONCEPTO DEL PAGO	ENTIDAD	FECHA DE PAGO	VALOR PAGADO
SALUD:	COMPENSAR	2026/08/19	$ 218.900
PENSIÓN:	COLFONDOS	2026/08/19	$ 280.200
RIESGOS LABORALES:	SEGUROS BOLIVAR	2026/08/19	$ 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	*WILSON JOAQUIN ARANGUREN RODRIGUEZ* *PS_1792_2026_963CBC* **WILSON JOAQUIN ARANGUREN RODRIGUEZ** **CC: 79625409**
FIRMA DE QUIEN VALIDA	*YURLEY MARIA ALVAREZ HOYOS* *PS_1792_2026_963CBC* **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_1792_2026_963CBC* **ANDRES FELIPE GUZMAN CRUZ** **SUPERVISOR DEL CONTRATO**