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:	**SERGIO DANIEL BRICEÑO ROJAS**			**CC:**	**1056955906**
CORREO ELECTRÓNICO:	**SERBRICENO9@GMAIL.COM**			**TELÉFONO:**	**3214342381**
DIRECCIÓN DOMICILIO:	**KR 69D 3A 33**			**CIUDAD:**	**BOGOTA**
BANCO AL CUAL CONSIGNAR:	**BANCO DAVIVIENDA S.A.**	**TIPO DE CUENTA:**	**AHORROS**	**N° CUENTA:**	**005500206767**

DATOS DEL CONTRATO O ADICION Y PERIODO OBJETO DE PAGO			
Nº DEL CONTRATO:	**PS 2034 2026**	**VALOR CORRESPONDIENTE AL PERIODO OBJETO DE COBRO**	**$ 7.084.740**
FECHA DE INICIO CONTRATO	**2026/02/01**	**FECHA DE TERMINACIÓN CONTRATO:**	**2026/08/31**
PERIODO OBJETO DE COBRO:	**DEL 2026/08/01 AL 2026/08/31**		

SERGIO DANIEL BRICEÑO ROJAS
PS_2034_2026_744FDE

NOMBRE Y FIRMA DEL CONTRATISTA:
SERGIO DANIEL BRICEÑO ROJAS
CC: 1056955906
CEL: 3214342381

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

SERGIO DANIEL BRICEÑO ROJAS

		CON C.C N°	**1.056.955.906**
OBJETO DEL CONTRATO:	PRESTAR SERVICIOS COMO MEDICO GENERAL PARA DESARROLLAR ACTIVIDADES EN LA DIRECCION DE SERVICIOS AMBULATORIOS DE LA SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E.		
CONTRATO DE PRESTACION DE SERVICIOS PROFESIONALES No.	**PS 2034 2026**	**FECHA INICIO CONTRATO**	**2026/02/01**
VALOR INICIAL DEL CONTRATO	$ 28.338.960	**No. HORAS EJECUTADAS**	**186**
VALOR TOTAL DEL CONTRATO INCLUIDO ADICIONES:	$ 49.593.180	**VALOR DE HONORARIOS PERÍODO A CERTIFICAR:**	$ 7.084.740
PLAZO DEL CONTRATO INCLUYENDO PRORROGAS	SIETE (7) MESES		
UNIDAD FUNCIONAL DE EJECUCIÓN DE ACTIVIDADES:	CENTRO DE SALUD ANTONIO NARIÑO		
NOMBRE DEL SUPERVISOR:	GLORIA MARITZA PINILLA PINILLA		

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	Realicé actividades por hora enmarcadas dentro de los parametros de calidad definidos en la normatividad vigente,acogiendome a los protocolos guias y lienamientos establecidos
2	Realice atencioin integral que abarcando la esfera social, economica, psicologica.
3	Realice diligenciamiento de historia clinica, consentimiento informado,RIPS y demas registro de acuerdo a normativa vigente.
4	Notifique suceso de calidad que se presentaron en el servicio, participe en analisis e implemente acciones de mejora definidas por el servicio
5	Desarrolle actividades para el fortalecimiento de los centros de atencion primarios CAPS
6	Apoyé las acciones en análisis, seguimiento e intervención de los indicadores de impacto del Modelo de Atención y las estrategias de mejoramiento requeridas frente a los resultados esperados en las Unidades.
7	Brindar una atención en salud buscando los mejores estándares de oportunidad, integridad, suficiencia, continuidad y pertinencia, en un ambiente de atención personalizada y humanizada
8	Llevar registro de las actividades, procedimientos e intervenciones, así como mantener actualizados los informes estadísticos definidos por la institución y todos aquellos registros necesarios para el cumplimiento de los procesos de costos y facturación
9	Participar activamente en el desarrollo, implementación y cumplimiento de las políticas institucionales, sistema integrado de gestión, acreditación, seguridad del paciente y demás actividades enmarcadas dentro del sistema obligatorio de garantía de la calidad

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° 9508046685	OPERADOR:	APORTES EN LINEA

CONCEPTO DEL PAGO	ENTIDAD	FECHA DE PAGO	VALOR PAGADO
SALUD:	SANITAS	2026/08/12	$ 356.500
PENSIÓN:	COLFONDOS	2026/08/12	$ 456.300
RIESGOS LABORALES:	POSITIVA	2026/08/12	$ 69.600

OTRO			
TOTAL PAGADO			$ 882.400

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	*SERGIO DANIEL BRICEÑO ROJAS* *PS_2034_2026_744FDE* **SERGIO DANIEL BRICEÑO ROJAS** **CC: 1056955906**
FIRMA DE QUIEN CONVALIDA EL CUMPLIMIENTO DE LAS OBLIGACIONES PARA EL PRESENTE PERIODO DE PAGO	*GLORIA MARITZA PINILLA PINILLA* *PS_2034_2026_744FDE* **GLORIA MARITZA PINILLA PINILLA** **SUPERVISOR DEL CONTRATO**

aportes en línea

Resumen General de Pago

DATOS GENERALES DEL APORTANTE

Identificación	dv	Razon Social	Clase Aportante	Sucursal Principal	Direccion	Ciudad-Departamento	Teléfono	Exonerado SENA e ICBF
CC 1056955906		BRICEÑO ROJAS SERGIO DANIEL	INDEPENDIENTE	PRINCIPAL	CLL 10 SUR #11A-40	BOGOTA-BOGOTA D.E.	5555555	No

DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION

Periodo		Clave		Tipo	Fecha		Pago		
Pensión	Salud	Pago	Planilla	Planilla	Limite	Pago	Banco	Dias Mora	Valor
2026-08	2026-08	654960499	9509595534	I	2026/09/02	2026/09/15	BANCO DAVIVIENDA	13	$885,500

LIQUIDACION DETALLADA DE APORTES

EMPLEADO					PENSION		SALUD				CCF				RIESGOS				PARAFISCALES		
No.	Identificación	Nombres	Codigo	Días	IBC	Aporte	Codigo	Días	IBC	Aporte	Codigo	Días	IBC	Aporte	Codigo	Días	IBC	Aporte	Días	IBC	Aporte
Sucursal: PRINCIPAL (1 Afiliados)					$2,833,896	$453,500			$2,833,896	$354,300			$0	$0			$2,833,896	$69,100		$0	$0
Centro de Trabajo: PRINCIPAL (1 Afiliados)					$2,833,896	$453,500			$2,833,896	$354,300			$0	$0			$2,833,896	$69,100		$0	$0
Ciudad: BOGOTA Depto: BOGOTA D.E. (1 Afiliados)					$2,833,896	$453,500			$2,833,896	$354,300			$0	$0			$2,833,896	$69,100		$0	$0
1	CC	1056955906	BRICEÑO SERGIO	231001	30	$2,833,896	$453,500	EPS005	30	$2,833,896	$354,300		0	$0	$0	14-23	30	$2,833,896	$69,100	0	$0	$0
Total		**Afiliados(1)**				$2,833,896	$453,500			$2,833,896	$354,300			$0	$0			$2,833,896	$69,100		$0	$0

aportes en línea

Resumen General de Pago

DATOS GENERALES DEL APORTANTE

Identificación	dv	Razon Social	Clase Aportante	Sucursal Principal	Direccion	Ciudad-Departamento	Teléfono	Exonerado SENA e ICBF
CC 1056955906		BRICEÑO ROJAS SERGIO DANIEL	INDEPENDIENTE	PRINCIPAL	CLL 10 SUR #11A-40	BOGOTA-BOGOTA D.E.	5555555	No

DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION

Periodo		Clave		Tipo	Fecha		Pago		
Pensión	Salud	Pago	Planilla	Planilla	Limite	Pago	Banco	Dias Mora	Valor
2026-08	2026-08	654960499	9509595534	I	2026/09/02	2026/09/15	BANCO DAVIVIENDA	13	$885,500

RESUMEN DE PAGO

RIESGO	CODIGO	NIT	DV	AFILIADOS	VALOR LIQUIDADO	INTERESES MORA	Fondo Solidaridad Pensional	Intereses de Mora Fondo Solidaridad	Fondo Subsistencia	Intereses de Mora Fondo Subsistencia	SALDOS E INCAPACIDADES	VAL
AFP (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$453,500	$4,400					$0	
COLFONDOS	231001	800,227,940	6	1	$453,500	$4,400	$0	$0	$0	$0	$0	
ARL (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$69,100	$700					$0	
POSITIVA COMPAÑIA DE SEGUROS	14-23	860,011,153	6	1	$69,100	$700	$0	$0	$0	$0	$0	
EPS (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$354,300	$3,500					$0	
SANITAS	EPS005	800,251,440	6	1	$354,300	$3,500	$0	$0	$0	$0	$0	
TOTAL				1	$876,900	$8,600	$0	$0	$0	$0	$0	

Resumen General de Pago

LOR A PAGAR
$457,900
$457,900
$69,800
$69,800
$357,800
$357,800
$885,500