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:	**OSCAR FERNANDO DUARTE GUZMAN**			**CC:**	**79712159**
CORREO ELECTRÓNICO:	**FERCHOD27@GMAIL.COM**			**TELÉFONO:**	**3194128600**
DIRECCIÓN DOMICILIO:	**CL 33 C 16 A 35 IN 4 Y 5 CS 57**			**CIUDAD:**	**BOGOTA**
BANCO AL CUAL CONSIGNAR:	**BANCO DE BOGOTA**	**TIPO DE CUENTA:**	**AHORROS**	**N° CUENTA:**	**102632593**
DATOS DEL CONTRATO O ADICION Y PERIODO OBJETO DE PAGO					
Nº DEL CONTRATO:	**PS 2115 2026**	**VALOR CORRESPONDIENTE AL PERIODO OBJETO DE COBRO**			**$ 2.328.120**
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**				

OSCAR FERNANDO DUARTE GUZMAN
PS_2115_2026_476245

NOMBRE Y FIRMA DEL CONTRATISTA:
OSCAR FERNANDO DUARTE GUZMAN
CC: 79712159
CEL: 3194128600

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			
OSCAR FERNANDO DUARTE GUZMAN			
	CON C.C N°	**79.712.159**	
OBJETO DEL CONTRATO:	PRESTAR SERVICIOS COMO BACHILLER APOYO A LA GESTION I 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 2115 2026**	**FECHA INICIO CONTRATO**	**2026/02/01**
VALOR INICIAL DEL CONTRATO	$ 9.312.480	**No. HORAS EJECUTADAS**	**0**
VALOR TOTAL DEL CONTRATO INCLUIDO ADICIONES:	$ 16.296.840	**VALOR DE HONORARIOS PERÍODO A CERTIFICAR:**	$ 2.328.120
PLAZO DEL CONTRATO INCLUYENDO PRORROGAS	SIETE (7) MESES		
UNIDAD FUNCIONAL DE EJECUCIÓN DE ACTIVIDADES:	CENTRO DE SALUD CRUCES		
NOMBRE DEL SUPERVISOR:	LINA MARCELA ROJAS GUTIERREZ		

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	RECIBIR CODIFICAR Y ARCHIVAR DIARIAMENTE LAS HISTORIAS CLINICAS DE LOS PACIENTES SIGUIENDO LOS PROCESOS ESTABLECIDOS POR LA NORMATIVIDAD VIGENTE Y NOTIFICAR LAS INCONSISTENCIAS QUE SE PRESENTEN AL SUPERVISOR CONTRACTUAL.
2	DIGITAR OPORTUNAMENTE LOS REGISTROS INDIVIDUALES DE PRESTACION DE SERVICIOS DE SALUD (RIPS) GENERADOS EN LAS CONSULTAS CUANDO SEA REQUERIDO.
3	UNIFICAR LOS INFORMES DIARIOS Y MENSUALES DE LAS DIFERENTES ARCAS DE LA UNIDAD.
4	APOYAR LA CONSOLIDACION MENSUAL DE ESTADISTICAS Y SUMINISTRAR OPORTUNAMENTE LA INFORMACION REQUERIDA POR LA SUBRED, DE CONFORMIDAD CON LA NECESIDAD DEL SERVICIO.
5	ELABORAR INFORMES ESTADISTICOS CORRESPONDIENTES A LA ATENCION DE PACIENTES.
6	APLICA LOS PROCESOS Y PROCEDIMIENTOS RELACIONADOS A LAS ACTIVIDADES CONTRACTUALES.
7	REALIZAR LA APERTURA DE AGENDAS EN LA ENTIDAD Y GESTION DEL MODULO CITAS MEDICAS DE SUS ACTIVIDADES CONTRACTUALES.
8	ENTREGAR OPORTUNAMENTE REPORTE DE ACTIVIDADES DE CONFORMIDAD A LA PRESTACION DE SERVICIO.
9	APOYO EN LA GESTION DE VIGILANCIA EIDEMIOLOGIA, NOTIFICACION OBLIGATORIA Y BAI.
10	APOYAR EL PROCESO DE AGENDAMIENTO DE CITAS.
11	APOYAR EN LAS DIFERENTES ACTIVIDADES EN LAS CUALES SE REQUIERA, LA CONFORMIDAD CON LA NECESIDAD DEL SERVICIO DE LA SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E.
12	APOYAR ACTIVIDADES RELACIONADAS CON EL PROCESO DE ACREDITACION DE LA SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E.

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° 93934258	OPERADOR:	MI PLANILLA

CONCEPTO DEL PAGO	ENTIDAD	FECHA DE PAGO	VALOR PAGADO
SALUD:	FAMISANAR	2026/08/11	$ 218.900
PENSIÓN:	COLPENSIONES	2026/08/11	$ 280.200
RIESGOS LABORALES:	SURA	2026/08/11	$ 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	*OSCAR FERNANDO DUARTE GUZMAN* *PS_2115_2026_476245* **OSCAR FERNANDO DUARTE GUZMAN** **CC: 79712159**
FIRMA DE QUIEN CONVALIDA EL CUMPLIMIENTO DE LAS OBLIGACIONES PARA EL PRESENTE PERIODO DE PAGO	*LINA MARCELA ROJAS GUTIERREZ* *PS_2115_2026_476245* **LINA MARCELA ROJAS GUTIERREZ** **SUPERVISOR DEL CONTRATO**