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:	**JONATHAN EDUARDO BELTRAN TORRES**			**CC:**	**1001278358**
CORREO ELECTRÓNICO:	**JONATHANBELTORRES@GMAIL.COM**			**TELÉFONO:**	**3105831871**
DIRECCIÓN DOMICILIO:	**CL 114 SUR 10 31**			**CIUDAD:**	**BOGOTA**
BANCO AL CUAL CONSIGNAR:	**BANCO DAVIVIENDA S.A.**	**TIPO DE CUENTA:**	**AHORROS**	**N° CUENTA:**	**488419996209**
DATOS DEL CONTRATO O ADICION Y PERIODO OBJETO DE PAGO					
Nº DEL CONTRATO:	**PS 1817 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**				

JONATHAN EDUARDO BELTRAN TORRES
PS_1817_2026_B53C80

NOMBRE Y FIRMA DEL CONTRATISTA:
JONATHAN EDUARDO BELTRAN TORRES
CC: 1001278358
CEL: 3105831871

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			
JONATHAN EDUARDO BELTRAN TORRES			
	CON C.C N°	**1.001.278.358**	
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 1817 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:	CENTRO DE SALUD PERSEVERANCIA		
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	Durante el periodo reportado, desarrollé las actividades administrativas relacionadas con la admisión de pacientes en el servicio de urgencias y hospitalización en el centro de salud Diana Turbay, garantizando el registro oportuno, completo y veraz en el sistema de información. Asimismo, verifiqué los derechos de afiliación y la vigencia en el sistema de seguridad social, asegurando que la atención se brindara conforme a la normatividad vigente y a los acuerdos institucionales. Mantuvé actualizada la información demográfica de los pacientes y sus acudientes en el sistema, gestionando oportunamente las inconsistencias presentadas en la identificación y articulando con el área de Trabajo Social para la validación, clasificación y correcta documentación de los casos que lo requirieron. Realicé la recepción, registro y confirmación de las órdenes de servicio derivadas de la atención en consulta y observación de urgencias, verificando la coherencia entre la historia clínica, los procedimientos realizados y el estado de cuenta del paciente, con el fin de garantizar una facturación completa y acorde con los servicios efectivamente prestados. Verifiqué y anexé los soportes correspondientes a autorizaciones, tecnologías no incluidas en el Plan de Beneficios (MIPRES) y demás documentos requeridos, asegurando el cumplimiento de los lineamientos normativos y contractuales para el adecuado respaldo de las cuentas. Gestioné el egreso oportuno de los pacientes en el sistema de información una vez notificada la orden médica de salida, generando, firmando y entregando la documentación correspondiente, así como cargando los soportes en las carpetas institucionales establecidas. Verifiqué y adjunté al sistema de información los soportes manuales derivados de la prestación de los servicios de salud, tales como registros diagnósticos, hojas de gasto, aplicaciones de medicamentos y demás documentos clínico-administrativos necesarios para la consolidación de la factura. Elaboré oportunamente las facturas y recibos de caja de los pacientes atendidos en urgencias y observación, conforme a la atención prestada, los acuerdos de voluntades y la normatividad vigente, garantizando su organización y entrega diaria de acuerdo con los procedimientos del área. Realicé la legalización de los valores recaudados por concepto de copagos y cuotas de recuperación en el sistema de información y ante el área de Tesorería, incluyendo el diligenciamiento de solicitudes de crédito, elaboración y entrega de pagarés dentro de los tiempos establecidos, el registro de abonos y la ejecución del cierre de caja y arqueo correspondiente, asegurando el manejo responsable y transparente de los recursos. Efectué el registro y seguimiento de prefacturas de eventos de montos altos y de ingresos con estancias prolongadas en los drives institucionales correspondientes, facilitando su revisión, aval y asignación al grupo de liquidación para la generación oportuna de la factura. Atendí y corregí dentro de los tiempos establecidos las devoluciones realizadas por el analista de cuentas, contribuyendo al mejoramiento continuo del proceso de facturación. Brindé apoyo en la implementación de planes de contingencia cuando se presentaron fallas en el sistema de información o en las bases de datos institucionales, garantizando la continuidad de los procesos administrativos y asistenciales. Participé activamente en las reuniones y capacitaciones programadas por la Subred, manteniendo actualización permanente en la normatividad del Sistema General de Seguridad Social en Salud y realizando acompañamiento y capacitación al talento humano cuando fui designada. Finalmente, cumplí con las demás actividades asignadas por la supervisión del contrato, desempeñando mis funciones con responsabilidad, compromiso institucional y observando las disposiciones relacionadas con el adecuado manejo y legalización de los recursos recaudados.

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° 1084520684	OPERADOR:	SIMPLE

CONCEPTO DEL PAGO	ENTIDAD	FECHA DE PAGO	VALOR PAGADO
SALUD:	SALUD TOTAL	2026/08/19	$ 265.300
PENSIÓN:	PORVENIR	2026/08/19	$ 339.600
RIESGOS LABORALES:	SURA	2026/08/19	$ 51.700
OTRO			
TOTAL PAGADO			$ 656.600

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	*JONATHAN EDUARDO BELTRAN TORRES* *PS_1817_2026_B53C80* **JONATHAN EDUARDO BELTRAN TORRES** **CC: 1001278358**
FIRMA DE QUIEN VALIDA	*YURLEY MARIA ALVAREZ HOYOS* *PS_1817_2026_B53C80* **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_1817_2026_B53C80* **ANDRES FELIPE GUZMAN CRUZ** **SUPERVISOR DEL CONTRATO**

PAGOSIMPLE | AUTOLIQUIDACION CONSOLIDADA

Fecha creación reporte: 2026-08-31, 07:47:35 AM **Tipo Planilla:** I: PLANILLA INDEPENDIENTES **Numéro Planilla:** 1084520684

Periodo Cotización: julio de 2026 **Periodo Servicio:** julio de 2026

PAGADO 19/08/2026 EN HORARIO EXTENDIDO

I. DATOS DEL APORTANTE

Razón Social	JONATHAN EDUARDO BELTRAN TORRES		
Documento	CC1001278358	**Dirección**	CL 114 SUR #10 - 31
Tipo de Empresa	INDEPENDIENTE	**Teléfono**	7575619
Tipo Persona	NATURAL	**Forma Presentación**	ÚNICO
Ciudad	BOGOTA D.C.	**Departamento**	BOGOTA D.C.
Representante Legal		**Identificación**	
Total Afiliados	1	**ARP**	ARL SURA

II. DETALLE DEL APORTANTE

Datos del Afiliado				Novedades																				Pensiones			Salud			Riesgos			Cajas			Parafiscales					Total
Identificación	Apellidos y Nombres	Tipo Cotizante	Subtipo Cotizante	ING	RET	RET P	TDE	TAE	TDP	TAP	VSP	COR	VST	SLN	IGE	LMA	VAC	AVP	VCT	IRP	Días APP	Días EPS	Días ARP	Días CCF	Administradora	IBC Pensión	Aporte Pensión	Administradora	IBC Salud	Aporte Salud	Tarifa	IBC Riesgos	Aporte Riesgos	Administradora	IBC Caja	Aporte Caja	Aporte SENA	Aporte ICBF	ESAP	Aporte Ministerio	Total
CC 1001278358	JONATHAN EDUARDO BELTRAN TORRES	59	00																	0	30	30	30	30	(230301) PORVENIR	$ 2.122.314	$ 339.600	(EPS002) SALUD TOTAL EPS	$ 2.122.314	$ 265.300	2,436	$ 2.122.314	$ 51.700	(CCF24) COMPENSAR CCF	$ 2.122.314	$ 42.500	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 699.100

III.TOTALES

IBC Pensión	IBC Salud	IBC Riesgos	IBC Cajas	Aportes Pensión	Aportes Salud	Aportes Riesgos	Aportes Cajas	Aportes Sena	Aportes ICBF	Aportes ESAP	Aportes Min Educación	(Incapacidades, Licencias, Saldos a Favor) EPS	Incapacidades ARP	SUBTOTAL SIN INTERESES DE MORA	TOTAL INTERESES DE MORA	TOTAL FINAL
$ 2.122.314	$ 2.122.314	$ 2.122.314	$ 2.122.314	$ 339.600	$ 265.300	$ 51.700	$ 42.500	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 699.100	$ 1.300	$ 700.400

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!

Antes de imprimir, asegúrese que sea realmente necesario. Proteger el medio ambiente está en nuestras manos.

1 Información general
2 Condiciones
3 Bienes y servicios
4 Documentos del Proveedor
5 Documentos del contrato
6 Información presupuestal
7 **Ejecución del Contrato**
8 Modificaciones del Contrato
9 Incumplimientos

Datos guardados

Cancelar

< Evaluación de la Entidad Estatal >

VER CONTRATO

Ejecución del Contrato

○ Porcentaje ○ Recepción de artículos

Plan de Pagos

¿Se requieren emisiones de códigos de autorización? ○ Sí ◉ No

Id de pago	Número de factura	Fecha de emisión	Fecha de recepción	Valor total de la factura	Estado

No existen resultados que cumplan con los criterios de búsqueda especificados

Crear

Documentos de ejecución del contrato

	Descripción	Nombre del archivo	Cargado por		
☐	1 PS 1817 2026 CRP -9945.pdf	1 PS 1817 2026 CRP -9945.pdf	Comprador	Descargar	Detalle
☐	PS 1817 2026 CUENTA DE COBRO FEBRERO 2026.pdf	PS 1817 2026 CUENTA DE COBRO FEBRERO 2026.pdf	Proveedor	Descargar	Detalle
☐	PS 1817 2026 CUENTA DE COBRO MARZO 2026.pdf	PS 1817 2026 CUENTA DE COBRO MARZO 2026.pdf	Proveedor	Descargar	Detalle
☐	PS 1817 2026 CUENTA DE COBRO ABRIL 2026.pdf	PS 1817 2026 CUENTA DE COBRO ABRIL 2026.pdf	Proveedor	Descargar	Detalle
☐	PS 1817 2026 CUENTA DE COBRO MAYO 2026.pdf	PS 1817 2026 CUENTA DE COBRO MAYO 2026.pdf	Proveedor	Descargar	Detalle
☐	2 PS 1817 2026 CRP -16019.PDF	2 PS 1817 2026 CRP -16019.PDF	Comprador	Descargar	Detalle
☐	PS 1817 2026 CUENTA DE COBRO JUNIO 2026.pdf	PS 1817 2026 CUENTA DE COBRO JUNIO 2026.pdf	Proveedor	Descargar	Detalle
☐	PS 1817 2026 CUENTA DE COBRO JULIO 2026.pdf	PS 1817 2026 CUENTA DE COBRO JULIO 2026.pdf	Proveedor	Descargar	Detalle

Borrar Cargar nuevo

Cancelar

< Evaluación de la Entidad Estatal >

MAESTRO AFILIADOS COMPENSADOS

"El Ministerio de Salud y Protección Social comunica que la información dispuesta en esta consulta contiene los datos reportados conforme a las fechas definidas en el Decreto 780 de 2016 por las Empresas Promotoras de Salud - EPS y Entidades Obligadas a Compensar - EOC que han superado el proceso de validación y cruce definidos en las normas y en las especificaciones técnicas; por lo tanto esta información se debe utilizar como complemento al marco legal y técnico definido y nunca como único criterio para denegar la prestación de los servicios de salud a las personas. Si Usted encuentra una inconsistencia en la información publicada, por favor remítase a la EPS o EOC y solicite la corrección de su información a fin de que esta remita la novedad correspondiente a la Administradora de los Recursos del Sistema General de Seguridad Social en Salud - ADRES y ésta proceda a la actualización en las bases de datos."

CONSULTA AFILIADO COMPENSADOS

INFORMACIÓN BÁSICA DEL AFILIADO

TIPO IDENTIFICACION	NÚMERO DE DOCUMENTO	PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO	PRIMER NOMBRE	SEGUNDO NOMBRE	ÚLTIMO PERÍODO COMPENSADO	EPS / EOC	TIPO AFILIACIÓN
CC	1001278358	BELTRAN	TORRES	JONATHAN	EDUARDO	2021-03	Capital Salud	COTIZANTE
CC	1001278358	BELTRAN	TORRES	JONATHAN	EDUARDO	2026-07	Salud Total	COTIZANTE

INFORMACIÓN DE PERÍODOS COMPENSADOS

EPS / EOC	PERÍODOS COMPENSADOS	DÍAS COMPENSADOS	TIPO AFILIADO	OBSERVACIÓN *
Salud Total	07/2026	30	COTIZANTE	Pago con cotización
Salud Total	06/2026	30	COTIZANTE	Pago con cotización
Salud Total	05/2026	30	COTIZANTE	Pago con cotización
Salud Total	04/2026	30	COTIZANTE	Pago con cotización
Salud Total	03/2026	30	COTIZANTE	Pago con cotización
Salud Total	02/2026	30	COTIZANTE	Pago con cotización
Salud Total	01/2026	30	COTIZANTE	Pago con cotización
Salud Total	12/2025	30	COTIZANTE	Pago con cotización
Salud Total	11/2025	30	COTIZANTE	Pago con cotización
Salud Total	10/2025	30	COTIZANTE	Pago con cotización

1 2 3 4 5 6 7 65 Registros en 7 Paginas

Pago Normal: corresponden a los afiliados que compensaron en estado activo en la Base de Datos Única de Afiliados - BDUA, en el marco del Decreto 780 de 2016.

Estado Emergencia: corresponden a los afiliados que compensaron en estado activo por emergencia, en el marco del artículo 15 del Decreto 538 de 2020. Dicho lo anterior estos afiliados no cuentan con un pago o cotización al Sistema General de Seguridad Social en Salud.

Volver a Consultar | Descargar

ADRES Colombia (https://www.youtube.com/@adrescolombia6206)

Somos ADRES
ADRES Colombia

Ver en