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:	**HERNAN DARIO RUEDA RODRIGUEZ**			**CC:**	**1031153843**
CORREO ELECTRÓNICO:	**HDRUEDA221@HOTMAIL.COM**			**TELÉFONO:**	**3122557264**
DIRECCIÓN DOMICILIO:	**KR 8D N° 191 - 15 T 3 APTO 702**			**CIUDAD:**	**BOGOTA**
BANCO AL CUAL CONSIGNAR:	**BANCO DAVIVIENDA S.A.**	**TIPO DE CUENTA:**	**AHORROS**	**N° CUENTA:**	**488401387052**
DATOS DEL CONTRATO O ADICION Y PERIODO OBJETO DE PAGO					
Nº DEL CONTRATO:	**PS 1573 2026**	**VALOR CORRESPONDIENTE AL PERIODO OBJETO DE COBRO**			**$ 5.484.960**
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**				

HERNAN DARIO RUEDA RODRIGUEZ
PS_1573_2026_77F8FF

NOMBRE Y FIRMA DEL CONTRATISTA:
HERNAN DARIO RUEDA RODRIGUEZ
CC: 1031153843
CEL: 3122557264

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			
HERNAN DARIO RUEDA RODRIGUEZ			
	CON C.C N°	**1.031.153.843**	
OBJETO DEL CONTRATO:	PRESTAR SERVICIOS COMO MEDICO GENERAL PARA DESARROLLAR ACTIVIDADES EN LA DIRECCION DE SERVICIOS HOSPITALARIOS-MEDICINA DE LA SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E.		
CONTRATO DE PRESTACION DE SERVICIOS PROFESIONALES No.	**PS 1573 2026**	**FECHA INICIO CONTRATO**	**2026/02/01**
VALOR INICIAL DEL CONTRATO	$ 28.338.960	**No. HORAS EJECUTADAS**	**144**
VALOR TOTAL DEL CONTRATO INCLUIDO ADICIONES:	$ 42.051.360	**VALOR DE HONORARIOS PERÍODO A CERTIFICAR:**	$ 5.484.960
PLAZO DEL CONTRATO INCLUYENDO PRORROGAS	SIETE (7) MESES		
UNIDAD FUNCIONAL DE EJECUCIÓN DE ACTIVIDADES:	HOSPITAL JORGE ELIECER GAITAN		
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	1. Se realizó valoración clínica, formulación de tratamiento y seguimiento a pacientes atendidos durante la jornada. 2. Atención a pacientes y sus familias de demanda espontánea garantizando trato digno y humanizado. 3. Se brindó educación en salud, signos de alarma y recomendaciones a los pacientes y acompañantes. 4. Atención respetando confidencialidad, autonomía y principios éticos. 5. Diligenciamiento de historias clínicas, evoluciones, órdenes médicas y recomendaciones. 6. Se realiza reporte de eventos adversos y seguimiento a incidentes cuando aplicó. 7. Cumplimiento de estándares de calidad y auditoría de historias clínicas. 8. Cumplimiento de la programación de actividades asignadas e información oportuna de novedades al supervisor. 9. Se contribuye con elaboración, actualización, implementación y/o adopción de guías, manuales, protocolos, instructivos y procedimiento institucionales 10. Apoyo en respuesta a solicitudes relacionadas con la atención prestada. 11. Revisión de soportes clínicos para facturación y respuesta a glosas. 12. Cumplimiento de acciones de mejora solicitadas por calidad o supervisión. 13. Participación en reuniones, capacitaciones y comités institucionales. 14. Uso adecuado de equipos biomédicos y reporte de fallas. 15. Inscripción y vigencia en RETHUS, MIPRES y RUAF. Se porta el carné institucional. 16. Pago oportuno de aportes al sistema general de seguridad social del mes de julio 2026 con planilla # 1084272932 17. Apoyo a actividades adicionales requeridas por la supervisión del contrato.

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° 1084272932	OPERADOR:	SIMPLE

CONCEPTO DEL PAGO	ENTIDAD	FECHA DE PAGO	VALOR PAGADO
SALUD:	SANITAS	2026/08/10	$ 450.000
PENSIÓN:	COLPENSIONES	2026/08/10	$ 576.000
RIESGOS LABORALES:	SURA	2026/08/10	$ 87.700
OTRO			
TOTAL PAGADO			$ 1.113.700

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	*HERNAN DARIO RUEDA RODRIGUEZ* *PS_1573_2026_77F8FF* **HERNAN DARIO RUEDA RODRIGUEZ** **CC: 1031153843**
FIRMA DE QUIEN VALIDA	*DEISY YANETH HENAO VILLALOBOS* *PS_1573_2026_77F8FF* **DEISY YANETH HENAO VILLALOBOS** **SUPERVISOR ALTERNO**
FIRMA DE QUIEN CONVALIDA EL CUMPLIMIENTO DE LAS OBLIGACIONES PARA EL PRESENTE PERIODO DE PAGO	*LINA MARCELA ROJAS GUTIERREZ* *PS_1573_2026_77F8FF* **LINA MARCELA ROJAS GUTIERREZ** **SUPERVISOR DEL CONTRATO**