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: (30-09-2026)					
NOMBRES Y APELLIDOS:	**VICTOR ANDRES DIAZ BUELVAS**			**CC:**	**1045718281**
CORREO ELECTRÓNICO:	**PSICOLOGOVICTORANDRESDIAZ@GMAIL.COM**			**TELÉFONO:**	**3014029715**
DIRECCIÓN DOMICILIO:	**CL 56 17 15**			**CIUDAD:**	**BOGOTA**
BANCO AL CUAL CONSIGNAR:	**BANCO DE BOGOTA**	**TIPO DE CUENTA:**	**AHORROS**	**N° CUENTA:**	**151703568**
DATOS DEL CONTRATO O ADICION Y PERIODO OBJETO DE PAGO					
Nº DEL CONTRATO:	**PS 3671 2026**	**VALOR CORRESPONDIENTE AL PERIODO OBJETO DE COBRO**			**$ 5.050.840**
FECHA DE INICIO CONTRATO	**2026/04/01**	**FECHA DE TERMINACIÓN CONTRATO:**			**2026/10/31**
PERIODO OBJETO DE COBRO:	**DEL 2026/09/01 AL 2026/09/30**				

VICTOR ANDRES DIAZ BUELVAS
PS_3671_2026_13D117

NOMBRE Y FIRMA DEL CONTRATISTA:
VICTOR ANDRES DIAZ BUELVAS
CC: 1045718281
CEL: 3014029715

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			
VICTOR ANDRES DIAZ BUELVAS			
	CON C.C N°	**1.045.718.281**	
OBJETO DEL CONTRATO:	PRESTAR SERVICIOS COMO PROFESIONAL ESPECIALIZADO II PARA DESARROLLAR ACTIVIDADES EN LA DIRECCION DE SERVICIOS AMBULATORIOS DE LA SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E EBS DE MINISTERIO DE SALUD Y PROTECCION SOCIAL SEG?N RESOLUCION 711 24 04 2025.		
CONTRATO DE PRESTACION DE SERVICIOS PROFESIONALES No.	**PS 3671 2026**	**FECHA INICIO CONTRATO**	**2026/04/01**
VALOR INICIAL DEL CONTRATO	$ 5.050.840	**No. HORAS EJECUTADAS**	**0**
VALOR TOTAL DEL CONTRATO INCLUIDO ADICIONES:	$ 35.355.880	**VALOR DE HONORARIOS PERÍODO A CERTIFICAR:**	$ 5.050.840
PLAZO DEL CONTRATO INCLUYENDO PRORROGAS	SIETE (7) MESES		
UNIDAD FUNCIONAL DE EJECUCIÓN DE ACTIVIDADES:	HOSPITAL SANTA CLARA		
NOMBRE DEL SUPERVISOR:	LUZ MARINA HERNANDEZ HERNANDEZ		

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	REALICE INDUCCIÓN DE COHORTES Y GESTIÓN MÓDULO DE RUTEO AL TALENTO HUMANO NUEVO DE EQUIPOS BÁSICOS DE SALUD MINISTERIO.
2	PARTICIPE EN ARTICULACIÓN DE EQUIPOS BÁSICOS DE SALUD MINISTERIO Y EQUIPOS MAS BIENESTAR TU HOGAR.
3	REALICE VERIFICACIÓN DE CARGUE DE CASOS DE LAS BASES DE RUTEO
4	REALICE INDUCCION A PERSONAL NUEVO LINEAMIENTOS DE EQUIPOS BÁSICOS DE SALUD MINISTERIO Y OBLIGACIONES CONTRACTUALES
5	PARCIPE EN EL DIRECCIONAMIENTO ESTRATEGICO DE EQUIPOS BÁSICOS DE SALUD MINISTERIO Y EQUIPOS MAS BIENESTAR TU HOGAR.
6	REALICE FORTALECIMIENTO TECNICO A GESTORES EN LINEA
7	REALICE SEGUIMIENTO A ACTIVIDADES DE COHORTES
8	SE REPORTO CASOS ASIGNADOS AL MODULO DE RUTEO DE AUXILIARES DE ENFEMERÍA A LAS LIDERES DE LOCALIDAD DE LOS EQUIPOS BÁSICOS DE SALUD.
9	PARTICIPE EN EL SEGUIMIENTO DE ACCIONES DE MEJORA DE EQUIPOS MAS BIENESTAR Y EQUIPOS BÁSICOS DE SALUD MINISTERIO
10	PARTICIPE EN EL CÓMITE EXTRAORDINARIO DE EQUIPOS BÁSICOS DE SALUD MINISTERIO
11	REALICÉ INFORMES DE GESTIÓN DE COHORTES
12	REALICE VISITA DE CAMPO DE CASO GESTIONADO EN EL MODULO DE RUTEO.
13	PARTICIPE EN ASISTENCIA TECNICA DE EQUIPOS BÁSICOS DE SALUD MINISTERIO
14	REALICÉ EN SEGUIMIENTO DE LA ESTRATEGIA DE RUTEO
15	PARTICIPE Y BRINDE INFORMACIÓN DE LA GESTIÓN COHORTE EN EL COMITE GENERAL DEL MES DE SEPTIEMBRE 2026

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 (2026-09-01) AL (2026-09-30)

IV. INFORMACIÓN DE APORTES A SEGURIDAD SOCIAL

No. DE PLANILLA:	N° 9510876142	OPERADOR:	APORTES EN LINEA

CONCEPTO DEL PAGO	ENTIDAD	FECHA DE PAGO	VALOR PAGADO
SALUD:	SURA	2026/09/07	$ 252.600
PENSIÓN:	COLFONDOS	2026/09/07	$ 323.300
RIESGOS LABORALES:	SURA	2026/09/07	$ 49.300
OTRO			
TOTAL PAGADO			$ 625.200

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	*VICTOR ANDRES DIAZ BUELVAS* *PS_3671_2026_13D117* **VICTOR ANDRES DIAZ BUELVAS** **CC: 1045718281**
FIRMA DE QUIEN CONVALIDA EL CUMPLIMIENTO DE LAS OBLIGACIONES PARA EL PRESENTE PERIODO DE PAGO	*LUZ MARINA HERNANDEZ HERNANDEZ* *PS_3671_2026_13D117* **LUZ MARINA HERNANDEZ HERNANDEZ** **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 1045718281		DIAZ BUELVAS VICTOR ANDRES	INDEPENDIENTE	PRINCIPAL	Diagonal 56 1d-15	BOGOTA-BOGOTA D.E.	3315921	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	634001686	9510876142	I	2026/09/17	2026/09/07	NEQUI	0	$665,700

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)					$2,020,336	$323,300			$2,020,336	$252,600			$2,020,336	$40,500			$2,020,336	$49,300		$0	$0
Centro de Trabajo: PRINCIPAL (1 Afiliados)					$2,020,336	$323,300			$2,020,336	$252,600			$2,020,336	$40,500			$2,020,336	$49,300		$0	$0
Ciudad: BOGOTA Depto: BOGOTA D.E. (1 Afiliados)					$2,020,336	$323,300			$2,020,336	$252,600			$2,020,336	$40,500			$2,020,336	$49,300		$0	$0
1	CC	1045718281	DIAZ VICTOR	231001	30	$2,020,336	$323,300	EPS010	30	$2,020,336	$252,600	CCF24	30	$2,020,336	$40,500	14-11	30	$2,020,336	$49,300	30	$0	$0
Total		**Afiliados(1)**				$2,020,336	$323,300			$2,020,336	$252,600			$2,020,336	$40,500			$2,020,336	$49,300		$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 1045718281		DIAZ BUELVAS VICTOR ANDRES	INDEPENDIENTE	PRINCIPAL	Diagonal 56 1d-15	BOGOTA-BOGOTA D.E.	3315921	No

DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION

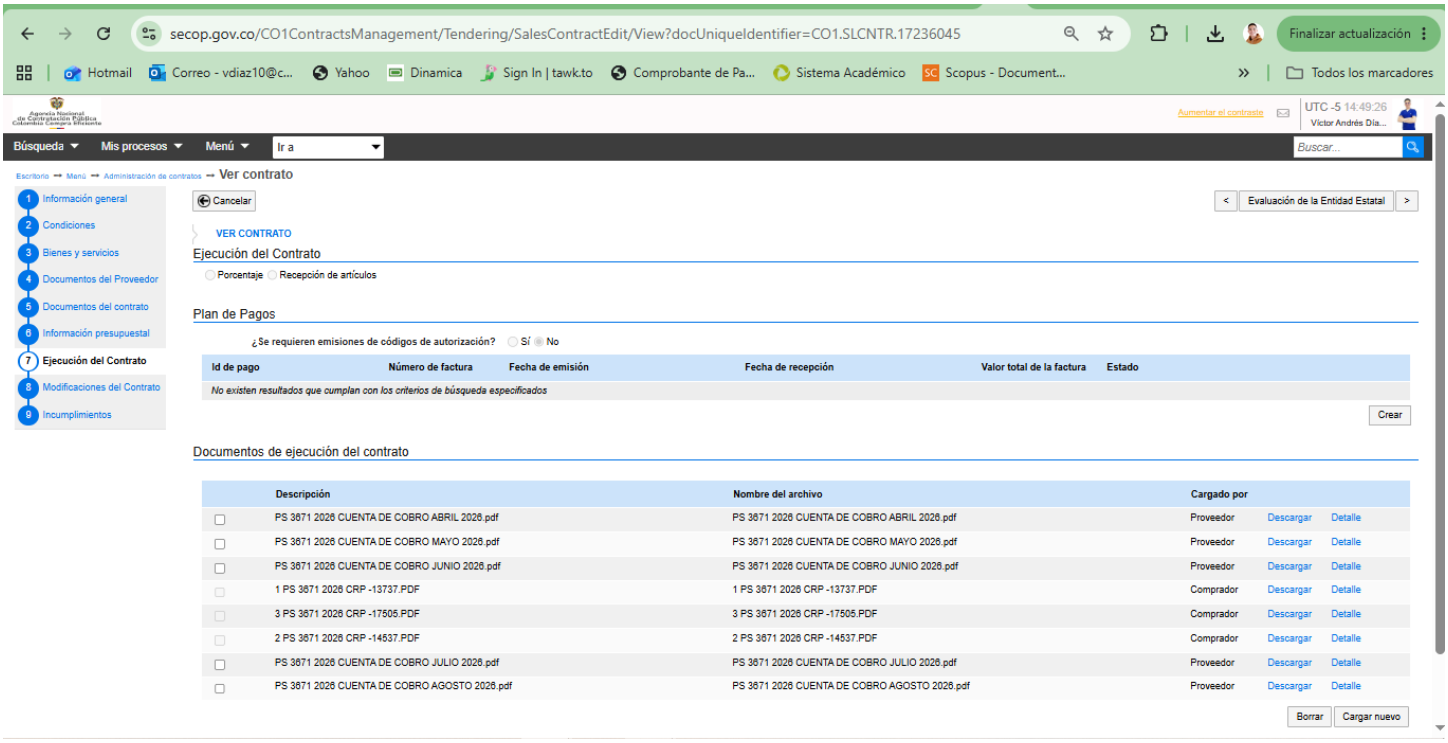
Periodo		Clave		Tipo	Fecha		Pago		
Pensión	Salud	Pago	Planilla	Planilla	Limite	Pago	Banco	Dias Mora	Valor
2026-08	2026-08	634001686	9510876142	I	2026/09/17	2026/09/07	NEQUI	0	$665,700

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	$323,300	$0					$0	
COLFONDOS	231001	800,227,940	6	1	$323,300	$0	$0	$0	$0	$0	$0	
ARL (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$49,300	$0					$0	
ARL SURA	14-11	890,903,790	5	1	$49,300	$0	$0	$0	$0	$0	$0	
CCF (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$40,500	$0					$0	
COMPENSAR	CCF24	860,066,942	7	1	$40,500	$0	$0	$0	$0	$0	$0	
EPS (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$252,600	$0					$0	
EPS SURA (ANTES SUSALUD)	EPS010	800,088,702	2	1	$252,600	$0	$0	$0	$0	$0	$0	
TOTAL				1	$665,700	$0	$0	$0	$0	$0	$0	

Resumen General de Pago

LOR A PAGAR
$323,300
$323,300
$49,300
$49,300
$40,500
$40,500
$252,600
$252,600
$665,700


secop.gov.co/CO1ContractsManagement/Tendering/SalesContractEdit/View?docUniqueIdentifier=CO1.SLCNTR.17236045
Finalizar actualización
Hotmail
Correo - vdiaz10@c...
Yahoo
Dinamica
Sign In | tawk.to
Comprobante de Pa...
Sistema Académico
Scopus - Document...
Todos los marcadores
Aumentar el contraste
UTC -5 14:49:26
Víctor Andrés Día...
Búsqueda
Mis procesos
Menú
Ir a
Buscar...
Escritorio → Menú → Administración de contratos → Ver contrato
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
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
PS 3671 2026 CUENTA DE COBRO ABRIL 2026.pdf
PS 3671 2026 CUENTA DE COBRO ABRIL 2026.pdf
Proveedor
Descargar
Detalle
PS 3671 2026 CUENTA DE COBRO MAYO 2026.pdf
PS 3671 2026 CUENTA DE COBRO MAYO 2026.pdf
Proveedor
Descargar
Detalle
PS 3671 2026 CUENTA DE COBRO JUNIO 2026.pdf
PS 3671 2026 CUENTA DE COBRO JUNIO 2026.pdf
Proveedor
Descargar
Detalle
1 PS 3671 2026 CRP -13737.PDF
1 PS 3671 2026 CRP -13737.PDF
Comprador
Descargar
Detalle
3 PS 3671 2026 CRP -17505.PDF
3 PS 3671 2026 CRP -17505.PDF
Comprador
Descargar
Detalle
2 PS 3671 2026 CRP -14537.PDF
2 PS 3671 2026 CRP -14537.PDF
Comprador
Descargar
Detalle
PS 3671 2026 CUENTA DE COBRO JULIO 2026.pdf
PS 3671 2026 CUENTA DE COBRO JULIO 2026.pdf
Proveedor
Descargar
Detalle
PS 3671 2026 CUENTA DE COBRO AGOSTO 2026.pdf
PS 3671 2026 CUENTA DE COBRO AGOSTO 2026.pdf
Proveedor
Descargar
Detalle
Borrar
Cargar nuevo