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:	**CRISTIAN OLIMPO CARDENAS GAYON**			**CC:**	**1023924137**
CORREO ELECTRÓNICO:	**CYJ024@HOTMAIL.COM**			**TELÉFONO:**	**3044741720**
DIRECCIÓN DOMICILIO:	**CL 28 SUR 8 15 ESTE**			**CIUDAD:**	**BOGOTA**
BANCO AL CUAL CONSIGNAR:	**BANCO DAVIVIENDA S.A.**	**TIPO DE CUENTA:**	**AHORROS**	**N° CUENTA:**	**004870406743**
DATOS DEL CONTRATO O ADICION Y PERIODO OBJETO DE PAGO					
Nº DEL CONTRATO:	**PS 7826 2025**	**VALOR CORRESPONDIENTE AL PERIODO OBJETO DE COBRO**			**$ 3.190.587**
FECHA DE INICIO CONTRATO	**2025/11/01**	**FECHA DE TERMINACIÓN CONTRATO:**			**2026/08/31**
PERIODO OBJETO DE COBRO:	**DEL 2026/08/01 AL 2026/08/31**				

CRISTIAN OLIMPO CARDENAS GAYON
PS_7826_2025_9F3B90

NOMBRE Y FIRMA DEL CONTRATISTA:
CRISTIAN OLIMPO CARDENAS GAYON
CC: 1023924137
CEL: 3044741720

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			
CRISTIAN OLIMPO CARDENAS GAYON			
	CON C.C N°	**1.023.924.137**	
OBJETO DEL CONTRATO:	PRESTAR SERVICIOS DE APOYO A LA GESTION COMO GESTOR EXTERNO PARA DESARROLLAR ACTIVIDADES EN LA DIRECCION DE SERVICIOS DE URGENCIAS DE LA SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E. PARA EL DESARROLLO DEL CONVENIO APH		
CONTRATO DE PRESTACION DE SERVICIOS PROFESIONALES No.	**PS 7826 2025**	**FECHA INICIO CONTRATO**	**2025/11/01**
VALOR INICIAL DEL CONTRATO	$ 3.190.587	**No. HORAS EJECUTADAS**	**0**
VALOR TOTAL DEL CONTRATO INCLUIDO ADICIONES:	$ 31.905.869	**VALOR DE HONORARIOS PERÍODO A CERTIFICAR:**	$ 3.190.587
PLAZO DEL CONTRATO INCLUYENDO PRORROGAS	DIEZ (10) MESES		
UNIDAD FUNCIONAL DE EJECUCIÓN DE ACTIVIDADES:	HOSPITAL SAN BLAS		
NOMBRE DEL SUPERVISOR:	DANIEL ALEXANDER HUERTAS ROJAS		

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. GARANTIZAR EL CUMPLIMIENTO DE LA SECUENCIA CONCERTADA, MEDIANTE EL APOYO EN EL SEGUIMIENTO DEL CUMPLIMIENTO DE ACTIVIDADES POR PARTE DE LAS TRIPULACIONES, QUE DERIVAN DIRECTAMENTE EN LOS INDICADORES DEL CONVENIO.
2	2. EFECTUAR ACTIVIDADES TÉCNICAS EN EL DESARROLLO DE LA PRESTACIÓN DEL SERVICIO, ENTE LAS CUALES SE RELACIONA: ENTREGA Y SEGUIMIENTO DE INSUMOS, MEDICAMENTOS, OXIGENO ENTRE OTROS ENCAMINADO A MANTENER LA OPERATIVIDAD CON EFICIENCIA EN LOS APROVISIONAMIENTOS
3	3. GESTIONAR LA LIBERACIÓN DE CAMILLAS MEDIANTE EL SEGUIMIENTO A LA RETENCIÓN Y LA CORRESPONDIENTE GESTIÓN NECESARIA TENDIENTE A LA LIBERACIÓN Y PUESTA EN OPERACIÓN DE LAS AMBULANCIAS DEL CONVENIO, ESTO INCLUYE LA GENERACIÓN DE LOS INFORMES REQUERIDOS COMO INSUMO DEL INFORME DE EJECUCIÓN MENSUAL
4	4. ASISTIR A REUNIONES Y CITACIONES DE ACUERDO CON LA PROGRAMACIÓN, SEGUIMIENTO Y GENERACIÓN DE LAS CAPACITACIONES ENCAMINADAS A FORTALECER LAS HABILIDADES DE LOS CONTRATISTAS DEL PROGRAMA DE APH. ASÍ MISMO, COMO LAS CITACIONES REALIZADAS POR PARTE DEL CENTRO REGULADOR DE URGENCIAS Y EMERGENCIAS.
5	5. LAS DEMÁS ACTIVIDADES ASIGNADAS POR EL SUPERVISOR Y QUE SEAN INHERENTES CON EL OBJETO DEL CONTRATO Y EN EL MARCO DEL CONVENIO APH VIGENTE DENTRO DE LA AUTONOMÍA E INDEPENDENCIA PARA EL DESARROLLO DEL CONTRATO, CONTENIDAS EN EL FORMATO DE NECESIDAD DE PERSONAL QUE HACE PARTE INTEGRAL DEL PRESENTE 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° 93815273	OPERADOR:	MI PLANILLA
CONCEPTO DEL PAGO	ENTIDAD	FECHA DE PAGO	VALOR PAGADO

SALUD:	COMPENSAR	2026/08/14	$ 219.300
PENSIÓN:	PORVENIR	2026/08/14	$ 280.700
RIESGOS LABORALES:	SURA	2026/08/14	$ 0
OTRO			
TOTAL PAGADO			$ 500.000

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	*CRISTIAN OLIMPO CARDENAS GAYON* *PS_7826_2025_9F3B90* **CRISTIAN OLIMPO CARDENAS GAYON** **CC: 1023924137**
FIRMA DE QUIEN CONVALIDA EL CUMPLIMIENTO DE LAS OBLIGACIONES PARA EL PRESENTE PERIODO DE PAGO	*DANIEL ALEXANDER HUERTAS ROJAS* *PS_7826_2025_9F3B90* **DANIEL ALEXANDER HUERTAS ROJAS** **SUPERVISOR DEL CONTRATO**