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:	**MAURICIO GONZALEZ MORA**			**CC:**	**79643645**
CORREO ELECTRÓNICO:	**maogonz28@gmail.com**			**TELÉFONO:**	**3006785644**
DIRECCIÓN DOMICILIO:	**CL 68 A SUR 78 H 60**			**CIUDAD:**	**BOGOTA**
BANCO AL CUAL CONSIGNAR:	**BANCO DAVIVIENDA S.A.**	**TIPO DE CUENTA:**	**AHORROS**	**N° CUENTA:**	**007500729798**
DATOS DEL CONTRATO O ADICION Y PERIODO OBJETO DE PAGO					
Nº DEL CONTRATO:	**PS 3773 2026**	**VALOR CORRESPONDIENTE AL PERIODO OBJETO DE COBRO**			**$ 3.191.160**
FECHA DE INICIO CONTRATO	**2026/04/10**	**FECHA DE TERMINACIÓN CONTRATO:**			**2026/08/31**
PERIODO OBJETO DE COBRO:	**DEL 2026/08/01 AL 2026/08/31**				

MAURICIO GONZALEZ MORA
PS_3773_2026_7D7D93

NOMBRE Y FIRMA DEL CONTRATISTA:
MAURICIO GONZALEZ MORA
CC: 79643645
CEL: 3006785644

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			
MAURICIO GONZALEZ MORA			
CON C.C N°	**79.643.645**		
OBJETO DEL CONTRATO:	PRESTAR SERVICIOS COMO TECN?LOGO DE APOYO A LA GESTI?N III 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 3773 2026**	**FECHA INICIO CONTRATO**	**2026/04/10**
VALOR INICIAL DEL CONTRATO	$ 5.531.344	**No. HORAS EJECUTADAS**	**0**
VALOR TOTAL DEL CONTRATO INCLUIDO ADICIONES:	$ 14.998.452	**VALOR DE HONORARIOS PERÍODO A CERTIFICAR:**	$ 3.191.160
PLAZO DEL CONTRATO INCLUYENDO PRORROGAS	CINCO (5) MESES		
UNIDAD FUNCIONAL DE EJECUCIÓN DE ACTIVIDADES:	HOSPITAL SANTA CLARA		
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	Se realizo la depuracion, ajustes y se validan los medios magnéticos RIPS de acuerdo a la Resolución, 2275 , 3374 de 2000, circular 029 de 2017 y el Cie-10
2	Se realizo cruces de información
3	Se realizo la recepción por correo electrónico del grupo de Armado de cuentas de relaciones de envío para la generación y validación de RIPS.
4	Se realizo las demás actividades relacionadas con el objeto contractual que asigne el supervisor de contrato. seguimiento, actualización, creación y verificación de página web, formularios, hojas de cálculo y drive del área de facturación.
5	Se realizo el envio de parte de devolucioneas autorizaciones y facturacion se hace la respectiva correccion , se valida se envia al área su respectiva validacion
6	Se realizoEntrega de medios magnéticos RIPS vía correo electrónico cuando lo requiera el area de radicacion
7	Se realizo el cargue y validación de los medios magnéticos RIPS y generación de certificados de validación exitosa de los diferentes validadores de las EPS
8	Se realizo el envio de los diferentas radicados que solicita el armado para su respectiva radicacion ante las entidades
9	Se realizo la descarga de los medios magnéticos RIPS, desde el módulo asignado en el Sistema de Información Dinámica Gerencial Hospitalaria DGH
10	Se realizo el envio por correo electrónico al grupo de Radicación y Armado de cuentas los medios magnéticos RIPS y los certificados de validación exitosa
11	Se realizo entrega por correo electrónico al grupo de Armado de cuentas y Radicación de los certificados de validación exitosa, así como los medios magnéticos RIPS generados de acuerdo a las relaciones de envió recibidas.

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° 94513696	OPERADOR:	MI PLANILLA

CONCEPTO DEL PAGO	ENTIDAD	FECHA DE PAGO	VALOR PAGADO
SALUD:	SURA	2026/08/24	$ 252.100
PENSIÓN:	COLFONDOS	2026/08/24	$ 322.700
RIESGOS LABORALES:	SURA	2026/08/24	$ 49.300
OTRO			
TOTAL PAGADO			$ 624.100

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	*MAURICIO GONZALEZ MORA* *PS_3773_2026_7D7D93* **MAURICIO GONZALEZ MORA** **CC: 79643645**
FIRMA DE QUIEN VALIDA	*YURLEY MARIA ALVAREZ HOYOS* *PS_3773_2026_7D7D93* **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_3773_2026_7D7D93* **ANDRES FELIPE GUZMAN CRUZ** **SUPERVISOR DEL CONTRATO**