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: (31-07-2026)					
NOMBRES Y APELLIDOS:	**JUAN CAMILO RAMIREZ RINCON**			**CC:**	**1030554074**
CORREO ELECTRÓNICO:	**JUANC.RAMIREZ1989@GMAIL.COM**			**TELÉFONO:**	**3186925733**
DIRECCIÓN DOMICILIO:	**CL 19 SUR 69 55**			**CIUDAD:**	**BOGOTA**
BANCO AL CUAL CONSIGNAR:	**BANCO DAVIVIENDA S.A.**	**TIPO DE CUENTA:**	**AHORROS**	**N° CUENTA:**	**002100124912**
DATOS DEL CONTRATO O ADICION Y PERIODO OBJETO DE PAGO					
Nº DEL CONTRATO:	**PS 2787 2026**	**VALOR CORRESPONDIENTE AL PERIODO OBJETO DE COBRO**			**$ 3.191.160**
FECHA DE INICIO CONTRATO	**2026/02/03**	**FECHA DE TERMINACIÓN CONTRATO:**			**2026/07/31**
PERIODO OBJETO DE COBRO:	**DEL 2026/07/01 AL 2026/07/31**				

JUAN CAMILO RAMIREZ RINCON
PS_2787_2026_29C2C5

NOMBRE Y FIRMA DEL CONTRATISTA:
JUAN CAMILO RAMIREZ RINCON
CC: 1030554074
CEL: 3186925733

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			
JUAN CAMILO RAMIREZ RINCON			
	CON C.C N°	**1.030.554.074**	
OBJETO DEL CONTRATO:	PRESTAR SERVICIOS COMO TECNOLOGO DE APOYO A LA GESTION III PARA DESARROLLAR ACTIVIDADES EN LA SUBGERENCIA DE SERVICIOS DE SALUD DE LA SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E.		
CONTRATO DE PRESTACION DE SERVICIOS PROFESIONALES No.	**PS 2787 2026**	**FECHA INICIO CONTRATO**	**2026/02/03**
VALOR INICIAL DEL CONTRATO	$ 12.764.640	**No. HORAS EJECUTADAS**	**0**
VALOR TOTAL DEL CONTRATO INCLUIDO ADICIONES:	$ 19.146.960	**VALOR DE HONORARIOS PERÍODO A CERTIFICAR:**	$ 3.191.160
PLAZO DEL CONTRATO INCLUYENDO PRORROGAS	SEIS (6) MESES		
UNIDAD FUNCIONAL DE EJECUCIÓN DE ACTIVIDADES:	HOSPITAL SANTA CLARA		
NOMBRE DEL SUPERVISOR:	CLAUDIA LORENA GUTIERREZ 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	"1". Se revisaron 5 bases entregadas por los especialistas de Cardiología y Neurología correspondiente al periodo auditado vigencia 2026, Se revisó 1 base entregada por el TERCERO Servisual correspondiente al periodo auditado vigencia 2026, los terceros diligenciaron los campos del Formato base de auditoría por pagar terceros (entidades) AP-CR-FT-026 y se garantizó que el Paquete, No, Contrato, Código, Nombre de la UPSS, Especialidad, Mes Facturado, Nombre del Especialista, Fecha de Radicación en la oficina de Cuentas Medicas por Pagar, Fecha del Procedimiento, Fecha de la Factura de la UPSS, Ingreso, Pagador, Valor Factura Tercero, Valor Factura Subred Centro Oriente, Tipo de Intervención, Unidad de Negocio/Sector, Actividad o Procedimiento, Código Actividad, Cantidad, Nombre de Paciente, Documento de Identificación y Edad estuvieran bien diligenciados. "2". Se realiza cruce de bases de datos con archivo plano de facturación descargado del sistema dinámica correspondiente a los servicios liquidados del periodo auditado vigencia 2026, se extraen los datos de factura, ingreso, eps, fecha de factura, nombre, documento, valor facturado. "3". Se verifican valores de actividades cobradas por los especialistas de Cardiología, Neurología y el tercero servisual. Las cuales se identifican facturadas en dinámica. Se audita cada una de las actividades cobradas por los especialistas de Cardiología, Neurología y el tercero servisual para verificar su correcto cobro ante las EAPB. "4". Se verifican el total de actividades por los especialistas de Cardiología, Neurología y el tercero servisual las cuales se identifican facturadas en dinámica. "5". Se verificaron en archivos planos las Facturas Confirmadas, EPS, Fecha de la Factura, Ingreso, Documento y Nombre, comparando con lo diligenciado en el Formato base de auditoría por pagar terceros (entidades) AP-CR-FT-026, se revisa soporte de HC, verificando fecha del servicio y valor liquidado. "6". Se notificó la glosa inicial del mes auditado de servisual por medio de correo electrónico. "7". Se realizan certificaciones en el formato MI-HO-FT-081. "8". Se realiza archivo de soportes en medio magnético ubicado en el computador de la oficina de cuentas médicas por pagar, escritorio, compartida, Certificaciones. Se consolida información del mes certificado por los especialistas de Cardiología, Neurología y el tercero servisual. "9". Se realiza Informe de Maos del periodo actual. "10". Se realiza conciliación de glosas con Servisual. "11". Se realiza auditoria a la facturación presentada durante el periodo auditado. "12". Se presenta informe a la supervisora del contrato con los hallazgos evidenciados durante la auditoría realizada al periodo facturado por el tercero. "13". Se recepcionan las copias de los radicados en la supervisión.

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 (2026-07-01) AL (2026-07-31)

IV. INFORMACIÓN DE APORTES A SEGURIDAD SOCIAL

No. DE PLANILLA:	N° 1083127098	OPERADOR:	SIMPLE

CONCEPTO DEL PAGO	ENTIDAD	FECHA DE PAGO	VALOR PAGADO
SALUD:	FAMISANAR	2026/07/28	$ 218.861
PENSIÓN:	PORVENIR	2026/07/28	$ 280.142
RIESGOS LABORALES:	SEGUROS BOLIVAR	2026/07/28	$ 42.651
OTRO			
TOTAL PAGADO			$ 541.654

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	*JUAN CAMILO RAMIREZ RINCON* *PS_2787_2026_29C2C5* **JUAN CAMILO RAMIREZ RINCON** **CC: 1030554074**
FIRMA DE QUIEN CONVALIDA EL CUMPLIMIENTO DE LAS OBLIGACIONES PARA EL PRESENTE PERIODO DE PAGO	*CLAUDIA LORENA GUTIERREZ HERNANDEZ* *PS_2787_2026_29C2C5* **CLAUDIA LORENA GUTIERREZ HERNANDEZ** **SUPERVISOR DEL CONTRATO**