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:	**DANIEL ALEJANDRO BUITRAGO CHAVES**			**CC:**	**1031169384**
CORREO ELECTRÓNICO:	**DANIELBUITRAGO527@GMAIL.COM**			**TELÉFONO:**	**3182622873**
DIRECCIÓN DOMICILIO:	**KR 13 A BIS 32 21 SUR**			**CIUDAD:**	**BOGOTA**
BANCO AL CUAL CONSIGNAR:	**BANCO CAJA SOCIAL**	**TIPO DE CUENTA:**	**AHORROS**	**N° CUENTA:**	**24090398629**
DATOS DEL CONTRATO O ADICION Y PERIODO OBJETO DE PAGO					
Nº DEL CONTRATO:	**PS 3842 2026**	**VALOR CORRESPONDIENTE AL PERIODO OBJETO DE COBRO**			**$ 2.428.120**
FECHA DE INICIO CONTRATO	**2026/04/16**	**FECHA DE TERMINACIÓN CONTRATO:**			**2026/10/31**
PERIODO OBJETO DE COBRO:	**DEL 2026/09/01 AL 2026/09/30**				

DANIEL ALEJANDRO BUITRAGO CHAVES
PS_3842_2026_DC92BB

NOMBRE Y FIRMA DEL CONTRATISTA:
DANIEL ALEJANDRO BUITRAGO CHAVES
CC: 1031169384
CEL: 3182622873

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			
DANIEL ALEJANDRO BUITRAGO CHAVES			
	CON C.C N°	**1.031.169.384**	
OBJETO DEL CONTRATO:	PRESTAR SERVICIOS COMO BACHILLER APOYO A LA GESTION II 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 3842 2026**	**FECHA INICIO CONTRATO**	**2026/04/16**
VALOR INICIAL DEL CONTRATO	$ 3.642.180	**No. HORAS EJECUTADAS**	**0**
VALOR TOTAL DEL CONTRATO INCLUIDO ADICIONES:	$ 15.701.843	**VALOR DE HONORARIOS PERÍODO A CERTIFICAR:**	$ 2.428.120
PLAZO DEL CONTRATO INCLUYENDO PRORROGAS	SIETE (7) MESES		
UNIDAD FUNCIONAL DE EJECUCIÓN DE ACTIVIDADES:	HOSPITAL JORGE ELIECER GAITAN		
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	2. GESTIÓN ADMINISTRATIVA Y DOCUMENTAL DE LA ATENCIÓN EN URGENCIAS MEDIANTE LA RECEPCIÓN, REGISTRO Y CONFIRMACIÓN DE ÓRDENES DE SERVICIO, REVISIÓN DEL ESTADO DE CUENTA DEL PACIENTE FRENTE A LA HISTORIA CLÍNICA, VERIFICACIÓN DEL REGISTRO DE ACTIVIDADES Y PROCEDIMIENTOS REALIZADOS, Y REPORTE DE CASOS CON DIFICULTADES DE IDENTIFICACIÓN AL ÁREA DE TRABAJO SOCIAL, REVISANDO POSTERIORMENTE LAS RESPUESTAS Y SOPORTES EMITIDOS.3. VERIFICACIÓN, RECOPILACIÓN Y CARGUE DE SOPORTES REQUERIDOS PARA LA FACTURACIÓN DE LOS SERVICIOS DE SALUD, INCLUYENDO SOPORTES DE TECNOLOGÍAS NO INCLUIDAS EN EL PLAN DE BENEFICIOS (MIPRES), AUTORIZACIONES SEGÚN ACUERDO DE VOLUNTADES Y NORMATIVIDAD VIGENTE, Y SOPORTES MANUALES GENERADOS DURANTE LA PRESTACIÓN DEL SERVICIO COMO ELECTROCARDIOGRAMAS, REGISTROS DE BANCO DE SANGRE, MONITORIAS, HOJAS DE GASTO, RÉCORD ANESTÉSICO Y ADMINISTRACIÓN DE MEDICAMENTOS.4. GESTIÓN DEL PROCESO DE EGRESO DEL PACIENTE EN EL SISTEMA DE INFORMACIÓN INSTITUCIONAL, GENERACIÓN DE ÓRDENES DE SALIDA, ENTREGA DE COPIA AL USUARIO Y ARCHIVO CORRESPONDIENTE EN LAS CARPETAS DE REQUERIMIENTOS, GARANTIZANDO EL CIERRE ADECUADO DEL PROCESO ASISTENCIAL Y ADMINISTRATIVO.5. ELABORACIÓN OPORTUNA DE FACTURAS DE LOS PACIENTES ATENDIDOS EN URGENCIAS Y OBSERVACIÓN, GENERACIÓN DE RECIBOS DE CAJA, REVISIÓN Y ORGANIZACIÓN DE SOPORTES PARA SU ENTREGA DIARIA, ASÍ COMO LA CORRECCIÓN DE DEVOLUCIONES REALIZADAS POR EL ANALISTA DE CUENTAS DENTRO DE LOS TIEMPOS ESTABLECIDOS.6. REGISTRO Y CONTROL DE EVENTOS Y CASOS ESPECIALES EN LOS SISTEMAS DE SEGUIMIENTO INSTITUCIONAL, INCLUYENDO EL REGISTRO DE PRE-FACTURAS DE EVENTOS SUPERIORES A 20 MILLONES DE PESOS EN EL DRIVE DE AUDITORÍA Y EL REGISTRO DE INGRESOS CON ESTANCIAS SUPERIORES A SIETE DÍAS EN EL DRIVE DE LIQUIDACIÓN PARA SU REVISIÓN Y GENERACIÓN DE FACTURA POR PARTE DEL ÁREA CORRESPONDIENTE.7. GESTIÓN FINANCIERA RELACIONADA CON LA ATENCIÓN DE USUARIOS, MEDIANTE LA LEGALIZACIÓN DE COPAGOS O CUOTAS DE RECUPERACIÓN, DILIGENCIAMIENTO DE SOLICITUDES DE CRÉDITO Y PAGARÉS, RECEPCIÓN DE ABONOS POR CONCEPTO DE PAGARÉS, ASÍ COMO LA REALIZACIÓN DEL CIERRE DE CAJA, ARQUEO Y ENTREGA DE SOPORTES AL ÁREA DE TESORERÍA SEGÚN LOS PROCEDIMIENTOS ESTABLECIDOS.8. APOYO A LA CONTINUIDAD DE LOS PROCESOS ADMINISTRATIVOS MEDIANTE LA IMPLEMENTACIÓN DE PLANES DE CONTINGENCIA EN SITUACIONES DONDE NO SE CUENTE CON EL SISTEMA DE INFORMACIÓN O BASES DE DATOS INSTITUCIONALES.9. PARTICIPACIÓN EN REUNIONES Y CAPACITACIONES PROGRAMADAS POR LA SUBRED, ACTUALIZACIÓN PERMANENTE EN LA NORMATIVIDAD VIGENTE DEL SISTEMA GENERAL DE SEGURIDAD SOCIAL EN SALUD (SGSSS), Y ACOMPAÑAMIENTO O CAPACITACIÓN AL TALENTO HUMANO CUANDO SEA REQUERIDO.10. ACREDITAR EL CUMPLIMIENTO DE LAS OBLIGACIONES CONTRACTUALES MEDIANTE LA PRESENTACIÓN DE LOS SOPORTES REQUERIDOS Y APORTES AL SISTEMA DE SEGURIDAD SOCIAL Y PARAFISCALES, CONFORME A LA NORMATIVIDAD VIGENTE, COMO REQUISITO PARA EL TRÁMITE DE LA CUENTA DE COBRO CORRESPONDIENTE.11. DESARROLLAR LAS DEMÁS ACTIVIDADES DE APOYO QUE RESULTEN NECESARIAS PARA EL CUMPLIMIENTO DEL OBJETO CONTRACTUAL, SIEMPRE QUE GUARDEN RELACIÓN DIRECTA CON ESTE, SE ENCUENTREN PREVIAMENTE DEFINIDAS POR EL SUPERVISOR DEL CONTRATO Y NO IMPLIQUEN SUBORDINACIÓN, EXCLUSIVIDAD NI EL EJERCICIO DE FUNCIONES PROPIAS DE UN EMPLEO DE PLANTA.

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° 9509149198	OPERADOR:	APORTES EN LINEA

CONCEPTO DEL PAGO	ENTIDAD	FECHA DE PAGO	VALOR PAGADO
SALUD:	SALUD TOTAL	2026/09/09	$ 262.700
PENSIÓN:	PORVENIR	2026/09/09	$ 336.200
RIESGOS LABORALES:	SURA	2026/09/09	$ 51.200
OTRO			
TOTAL PAGADO			$ 650.100

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	*DANIEL ALEJANDRO BUITRAGO CHAVES* *PS_3842_2026_DC92BB* **DANIEL ALEJANDRO BUITRAGO CHAVES** **CC: 1031169384**
FIRMA DE QUIEN VALIDA	*YURLEY MARIA ALVAREZ HOYOS* *PS_3842_2026_DC92BB* **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_3842_2026_DC92BB* **ANDRES FELIPE GUZMAN CRUZ** **SUPERVISOR DEL CONTRATO**