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: (31-10-2026)					
NOMBRES Y APELLIDOS:	**LEONARDO BECERRA VILLAREAL**			**CC:**	**79751321**
CORREO ELECTRÓNICO:	**JEJOBECERRA@gmail.COM**			**TELÉFONO:**	**3243859417**
DIRECCIÓN DOMICILIO:	**CL 59 SUR # 48G 15**			**CIUDAD:**	**BOGOTA**
BANCO AL CUAL CONSIGNAR:	**BANCO DAVIVIENDA S.A.**	**TIPO DE CUENTA:**	**AHORROS**	**N° CUENTA:**	**009970425881**
DATOS DEL CONTRATO O ADICION Y PERIODO OBJETO DE PAGO					
Nº DEL CONTRATO:	**PS 1065 2026**	**VALOR CORRESPONDIENTE AL PERIODO OBJETO DE COBRO**			**$ 3.843.840**
FECHA DE INICIO CONTRATO	**2026/02/01**	**FECHA DE TERMINACIÓN CONTRATO:**			**2026/10/31**
PERIODO OBJETO DE COBRO:	**DEL 2026/10/01 AL 2026/10/31**				

LEONARDO BECERRA VILLAREAL
PS_1065_2026_420414

NOMBRE Y FIRMA DEL CONTRATISTA:
LEONARDO BECERRA VILLAREAL
CC: 79751321
CEL: 3243859417

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			
LEONARDO BECERRA VILLAREAL			
	CON C.C N°	**79.751.321**	
OBJETO DEL CONTRATO:	PRESTAR SERVICIOS COMO TERAPEUTA RESPIRATORIO PARA DESARROLLAR ACTIVIDADES EN LA DIRECCION DE SERVICIOS COMPLEMENTARIOS DE LA SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E.		
CONTRATO DE PRESTACION DE SERVICIOS PROFESIONALES No.	**PS 1065 2026**	**FECHA INICIO CONTRATO**	**2026/02/01**
VALOR INICIAL DEL CONTRATO	$ 14.894.880	**No. HORAS EJECUTADAS**	**192**
VALOR TOTAL DEL CONTRATO INCLUIDO ADICIONES:	$ 33.513.480	**VALOR DE HONORARIOS PERÍODO A CERTIFICAR:**	$ 3.843.840
PLAZO DEL CONTRATO INCLUYENDO PRORROGAS	NUEVE (9) MESES		
UNIDAD FUNCIONAL DE EJECUCIÓN DE ACTIVIDADES:	HOSPITAL LA VICTORIA		
NOMBRE DEL SUPERVISOR:	ANGELA MARIA MENDOZA MESA		

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 32 sesiones de terapia respiratoria en el ámbito hospitalario de la uci-neonatal.
2	Terapia respiratorias 32, con educación a paciente 16
3	Entrega de informe de producción mensual (1-10-2026) entrega de objetivos 1-10-2026 Diligenciamientos de Drives 1-10-2026.
4	Realice registro completo y con calidad de 418 actividades con los parámetros establecidos con la resolución 1995 de 1999 y los definidos por la subred integrada de servicios de salud centro oriente
5	Realice respuestas de 3 interconsultas brinde atención personalizada y adaptada a la necesidad de los pacientes cumplí con los protocolos y las guías de atención para garantizar que la atención sea pertinente y efectiva documente en la historia clínica todas las seccione de terapia de la atención brindada con reporte de lo hecho en la atención
6	Conozco y cumplo con las políticas y procedimientos establecidos por la Institución Centro Oriente, incluyendo los reglamentos administrativos, técnicos, científicos y disciplinarios, conozco y cumplo los roles y responsabilidades asignados de la estructura organizada de la Subred Centro Oriente, además conozco y cumplo la visión y misión de la Subred Centro Oriente
7	Realice terapias respiratorias 32, Gases Arteriales 10, Oximetrias: 30, Toma de muestras 0, Registro y Formato de Gases arteriales 10, Registro y Parámetros Ventilatorios 23, limpieza y desinfección de ventiladores y equipos 300. asistencias a RCP 2 , educación a paciente y familia 16
8	Garantice la privacidad de la historia clínica del paciente
9	No se reportan sucesos de seguridad por los mecanismos establecidos por la subred centro oriente
10	Cumplí con las normas de bioseguridad, lavado de manos uso de elementos de protección personal, proceso de limpieza y desinfección.

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 (2026-10-01) AL (2026-10-31)

IV. INFORMACIÓN DE APORTES A SEGURIDAD SOCIAL

No. DE PLANILLA:	N° 38984064	OPERADOR:	ASOPAGOS
CONCEPTO DEL PAGO	ENTIDAD	FECHA DE PAGO	VALOR PAGADO

SALUD:	COMPENSAR	2026/10/09	$ 230.900
PENSIÓN:	COLPENSIONES	2026/10/09	$ 295.500
RIESGOS LABORALES:	POSITIVA	2026/10/09	$ 45.000
OTRO			
TOTAL PAGADO			$ 571.400

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	*LEONARDO BECERRA VILLAREAL* *PS_1065_2026_420414* **LEONARDO BECERRA VILLAREAL** **CC: 79751321**
FIRMA DE QUIEN CONVALIDA EL CUMPLIMIENTO DE LAS OBLIGACIONES PARA EL PRESENTE PERIODO DE PAGO	*ANGELA MARIA MENDOZA MESA* *PS_1065_2026_420414* **ANGELA MARIA MENDOZA MESA** **SUPERVISOR DEL CONTRATO**

ASOPAGOS s.a.

RAZÓN SOCIAL :	LEONARDO BECERRA VILLARREAL
IDENTIFICACIÓN:	CC-79751321
COD. DEPENDENCIA O SUCURSAL:	0
NOM. DEPENDENCIA O SUCURSAL:	0
FECHA GENERACIÓN REPORTE:	2026-10-09
FECHA LÍMITE DE PAGO:	2026-10-06
FECHA DE PAGO:	2026-10-09
ENTIDAD DE PAGO:	BANCO DAVIVIENDA
PERÍODO PENSIÓN:	2026-09
PERÍODO SALUD:	2026-09
NÚMERO PLANILLA:	38984064
TOTAL COTIZANTES:	1
REFERENCIA DE PAGO (PIN):	38984064
TIPO DE PLANILLA:	I

CÓDIGO ENTIDAD	NIT	NOMBRE	NÚMERO AFILIADOS	IBC	FONDO SOLIDARIDAD	FONDO SUBSISTENCIA	TOTAL INTERESES	VALOR PAGAR SIN INTERESES	VALOR PAGAR
EPS008	860066942	COMPENSAR-EPS	1	$ 1.842.000	$ 0	$ 0	$ 600	$ 230.300	$ 230.900
25-14	900336004	COLPENSIONES	1	$ 1.842.000	$ 0	$ 0	$ 700	$ 294.800	$ 295.500
14-23	860011153	POSITIVA	1	$ 1.842.000	$ 0	$ 0	$ 100	$ 44.900	$ 45.000
CCF24	860066942	COMPENSAR-CCF	1	$ 1.842.000	$ 0	$ 0	$ 100	$ 11.100	$ 11.200
				Total a pagar	$ 0	$ 0	$ 1.500	$ 581.100	$ 582.600

PAGADO

FECHA DE PAGO DEL SIGUIENTE MES:	06/11/2026