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: 5
FECHA: 2024-09-09

DATOS DEL CONTRATISTA					
FECHA DE DILIGENCIAMIENTO: (30-06-2025)					
NOMBRES Y APELLIDOS:	**YUBER ANDREY SANCHEZ SOSA**			**CC:**	**1048848612**
CORREO ELECTRÓNICO:	**YUBER44@HOTMAIL.COM**			**TELÉFONO:**	**3115560802**
DIRECCIÓN DOMICILIO:	**CL 31C SUR 13B 21**			**CIUDAD:**	**BOGOTA**
BANCO AL CUAL CONSIGNAR:	**BANCO DAVIVIENDA S.A.**	**TIPO DE CUENTA:**	**AHORROS**	**N° CUENTA:**	**488414767324**

DATOS DEL CONTRATO O ADICION Y PERIODO OBJETO DE PAGO						
Nº DEL CONTRATO:	**PS 1035 2025**	**N° CDP:**	**790**	**N°. RP:**	**11773**	**PLAZO DEL CONTRATO INCLUIDAS PRORROGAS: SEIS (06) MESES**
FECHA DE INICIO CONTRATO	**2025/01/01**	**FECHA DE TERMINACIÓN CONTRATO:**		**2025/06/30**		
PERIODO OBJETO DE COBRO:	**DEL 2025/06/01 AL 2025/06/30**					
VALOR A PAGAR CORRESPONDIENTE AL PERIODO OBJETO DE COBRO	**$ 3.143.560**					

YUBER ANDREY SANCHEZ SOSA
PS_1035_2025_635281-2025-06-16 11:12:36

NOMBRE Y FIRMA DEL CONTRATISTA:
YUBER ANDREY SANCHEZ SOSA
CC: 1048848612
CEL: 3115560802

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			
YUBER ANDREY SANCHEZ SOSA			
	CON C.C N°	**1.048.848.612**	
OBJETO DEL CONTRATO:	PRESTAR SERVICIOS COMO TECNOLOGO 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 1035 2025**	**FECHA INICIO CONTRATO**	**2025/01/01**
VALOR INICIAL DEL CONTRATO	$ 9.430.680	**No. HORAS EJECUTADAS**	**0**
VALOR TOTAL DEL CONTRATO INCLUIDO ADICIONES:	$ 18.861.360	**VALOR DE HONORARIOS PERÍODO A CERTIFICAR:**	$ 3.143.560
PLAZO DEL CONTRATO INCLUYENDO PRORROGAS	SEIS (06) MESES		
UNIDAD FUNCIONAL DE EJECUCIÓN DE ACTIVIDADES:	HOSPITAL SANTA CLARA		
NOMBRE DEL SUPERVISOR:	RONALD AGUILAR GOMEZ		

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)**

Se realizó la revisión, análisis y respuesta en la matriz de la recepción de glosa inicial con un total de 6291 Ítems y 1143 facturas con un valor de $ 708.974.947 discriminado así; Administradora de los recursos del Sistema General de Seguridad Social en Salud por 2 Ítems por un valor $63.600 y 2 Facturas // Alianza Medellín Antioquia EPS por 1 Ítem por un valor $198,74 y 1 Factura // Axa Colpatria por 9 Ítem por un valor $160.300 y 3 Facturas // Caja de Compensación Familiar del Choco por 133 Ítems por un valor $6.344.149 y 1 Factura // Compañía Mundial de Seguros S.A. por 337 Ítems por un valor $50.958.016 y 34 Facturas // Sanitas por 2526 Ítems por un valor $277.489.760 y 314 Facturas // Equidad Seguros Generales por 4 Ítems por un valor $355.700 y 4 Facturas // Previsora por 9 Ítems por un valor $19.447.639 y 9 Facturas // Salud Total por 3204 Ítems por un valor $351.755.289 y 763 Facturas // Seguros del Estado s.a. por 17 Ítems por un valor $807.257 y 6 Facturas // Seguros Generales Suramericana por 5 Ítems por un valor $135.400 y 4 Facturas // SOS por 44 Ítems por un valor 1457638 y 2 Facturas

Se realiza revisión y verificación de valores de glosa y cantidad de facturas glosadas de las referencias entregadas de las entidades asignadas de las cuales se reporta diferencias en las causales de glosa y se solicita la anulación y corrección de las mismas.

Se diligencia la matriz de glosa inicial de acuerdo a los lineamientos establecidos por la norma para llevar un orden y control, así mismo se diligencia los campos de respuesta de glosa y análisis del tecnólogo con sus respectivas observaciones.

Se verifica en los sistemas de información los soportes administrativos y/o asistenciales para soportar la respuesta de glosa, en caso de que no se evidencie los soportes se reporta por correo para que sea justificada su realización o no.

Se crea carpeta por referencia y factura con los soportes correspondientes a la respuesta de glosa, una vez se encuentre analizada y con su respectiva respuesta de glosa.

Se carga al Dinámica Gerencial la respuesta de glosa diligenciada en la matriz de glosa inicial, luego de esto se descarga la respuesta en formato PDF según el formato establecido por la subred. Una vez descargado se guarda en cada referencia para terminar el proceso.

Cuando se encuentran armados los paquetes se radican a la entidad por medio electrónico o plataforma y se finaliza con el soporte enviado a la entidad en la carpeta de radicados por mes trabajado.

Se realizó diligenciamiento de plantilla de cruce contable para conciliación, descarga del estadístico de cada entidad unificando las facturas que se van a conciliar, armado de carpetas para soportar la conciliación soporte que fueron enviados en su momento a la Auditora Tatiana Clavijo Quesada, entidades que fueron trabajadas anteriormente, de las entidades. Seg. Solidaria, SOS, La Equidad, Seg, Bolivar, Axa ARL,Positiva, Savia Salud Mapfre

Se entregan soportes y información solicitada para los informes o solicitudes de las diferentes áreas.

Se entregará la gestión realizada al cierre del mes de Junio al correo de cuentassecretaria@subredcentrooriente.gov.co

Se organiza y se guarda los archivos de acuerdo al lineamiento del área, dentro de las carpetas por entidades en medio magnético.

Se asistieron a capacitaciones con la entidad ADRES, Mundial, Seg Estado, para socializar los cambios de contratado y manejo de las plataformas de radicación de glosa inicial.

1	

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 (2025-06-01) AL (2025-06-30)

IV. INFORMACIÓN DE APORTES A SEGURIDAD SOCIAL

No. DE PLANILLA:	N° 78334343	OPERADOR:	ARUS

CONCEPTO DEL PAGO	ENTIDAD	FECHA DE PAGO	VALOR PAGADO
SALUD:	SURA	2025/06/05	$ 178.000
PENSIÓN:	COLPENSIONES	2025/06/05	$ 228.000

RIESGOS LABORALES:	SEGUROS BOLIVAR	2025/06/05	$ 34.700
OTRO			
TOTAL PAGADO			$ 440.700

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	*YUBER ANDREY SANCHEZ SOSA* *PS_1035_2025_635281-2025-06-16 11:12:36* **YUBER ANDREY SANCHEZ SOSA** **CC: 1048848612**
FIRMA DE QUIEN VALIDA	*NORMA JOHANA TRIANA RODRÍGUEZ* *PS_1035_2025_635281-2025-06-16 21:09:36* **NORMA JOHANA TRIANA RODRÍGUEZ** **SUPERVISOR ALTERNO**
FIRMA DE QUIEN CONVALIDA EL CUMPLIMIENTO DE LAS OBLIGACIONES PARA EL PRESENTE PERIODO DE PAGO	*RONALD AGUILAR GOMEZ* *PS_1035_2025_635281-2025-06-17 14:43:49* **RONALD AGUILAR GOMEZ** **SUPERVISOR DEL CONTRATO**