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: (31-10-2025)					
NOMBRES Y APELLIDOS:	**SANDRA LILIANA CASTIBLANCO MACA**			**CC:**	**52287765**
CORREO ELECTRÓNICO:	**SANDYLIAN1@HOTMAIL.COM**			**TELÉFONO:**	**3155043639**
DIRECCIÓN DOMICILIO:	**CL 73B BIS A SUR 14A 29**			**CIUDAD:**	**BOGOTA**
BANCO AL CUAL CONSIGNAR:	**BANCO DAVIVIENDA S.A.**	**TIPO DE CUENTA:**	**AHORROS**	**N° CUENTA:**	**004870340629**
DATOS DEL CONTRATO O ADICION Y PERIODO OBJETO DE PAGO					
Nº DEL CONTRATO:	**PS 1383 2025**	**VALOR CORRESPONDIENTE AL PERIODO OBJETO DE COBRO**			**$ 2.672.026**
FECHA DE INICIO CONTRATO	**2025/01/01**	**FECHA DE TERMINACIÓN CONTRATO:**			**2025/10/31**
PERIODO OBJETO DE COBRO:	**DEL 2025/10/01 AL 2025/10/31**				

SANDRA LILIANA CASTIBLANCO MACA
PS_1383_2025_611D61

NOMBRE Y FIRMA DEL CONTRATISTA:
SANDRA LILIANA CASTIBLANCO MACA
CC: 52287765
CEL: 3155043639

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			
SANDRA LILIANA CASTIBLANCO MACA			
	CON C.C N°	**52.287.765**	
OBJETO DEL CONTRATO:	PRESTAR SERVICIOS COMO TECNICO DE APOYO A LA GESTION 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 1383 2025**	**FECHA INICIO CONTRATO**	**2025/01/01**
VALOR INICIAL DEL CONTRATO	$ 8.016.078	**No. HORAS EJECUTADAS**	**0**
VALOR TOTAL DEL CONTRATO INCLUIDO ADICIONES:	$ 26.720.260	**VALOR DE HONORARIOS PERÍODO A CERTIFICAR:**	$ 2.672.026
PLAZO DEL CONTRATO INCLUYENDO PRORROGAS	DIEZ (10) 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)**
1	Apoye diferentes solicitudes en cuanto informes que solicitan de otras areas
2	Lleve a cabo el proceso de descarga y radicación individual de las facturas enviadas a la Secretaría de Salud, correspondientes a las cuentas de usuarios vinculados e irregulares.
3	Realice seguimiento diario a la facturación pendiente por radicar, con el fin de garantizar su oportuna gestión y evitar represamientos.
4	Efectué seguimiento diario al estado de la facturación al mes que corresponda, así como lo pendientes de meses anteriores.
5	Envié múltiples comunicaciones electrónicas a las entidades para compartir las facturas radicadas y recopilar sus respuestas, permitiendo elaborar informes de gestión y control.
6	Efectue la revisión y control de los correos electrónicos recibidos, atendiendo solicitudes de radicación, remisiones, radicaciones ya enviadas y actualizaciones de cuentas para el adecuado seguimiento de radicación (incluyendo cuentas médicas y facturación no radicada por vigencias anteriores).
7	verifique las relaciones de envío recibidas para realizar el control de radicación ante las EPS. Estas relaciones deben contener el detalle de las facturas generadas y entregadas, así como los soportes de devolución, en los casos en los que las EPS rechazaban documentación
8	Genere y consolide relaciones de envío para cada una de las facturas que se encontraban en proceso de radicación, lo que permite hacer seguimiento a las respuestas emitidas por las entidades frente a las facturas enviadas, incluyendo glosas y devoluciones.
9	Gestione, durante el mes, la ruta para la entrega física de facturación a las EPS, especialmente aquellas ubicadas fuera de la ciudad de Bogotá, asegurando el cumplimiento de los plazos establecidos por los operadores logísticos.
10	.Lleve a cabo la radicación de facturas y envío de soportes a través de correo electrónico, cumpliendo con los requerimientos de diferentes entidades del régimen subsidiado y contributivo, y las solicitudes de otras áreas.
11	Realice seguimiento a la ejecución contractual de los contratos de cápita de las EPS Famisanar, Sanitas, Coosalud y Capital Salud, con el fin de verificar el cumplimiento de las obligaciones pactadas, identificar alertas tempranas y generar recomendaciones para la optimización de los procesos de facturación.
12	Realice la entrega de radicados al área de cartera en formato físico y formato pdf ale mes que corresponda como también realizo el acta de pendiente por radicar para reportar en los indicadores de gestión 2025

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 (2025-10-01) AL (2025-10-31)

IV. INFORMACIÓN DE APORTES A SEGURIDAD SOCIAL

No. DE PLANILLA:	N° 90073748	OPERADOR:	MI PLANILLA

CONCEPTO DEL PAGO	ENTIDAD	FECHA DE PAGO	VALOR PAGADO
SALUD:	SANITAS	2025/10/10	$ 178.000
PENSIÓN:	PORVENIR	2025/10/10	$ 227.800
RIESGOS LABORALES:	LA EQUIDAD	2025/10/10	$ 34.700
OTRO			
TOTAL PAGADO			$ 440.500

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	*SANDRA LILIANA CASTIBLANCO MACA* *PS_1383_2025_611D61* **SANDRA LILIANA CASTIBLANCO MACA** **CC: 52287765**
FIRMA DE QUIEN VALIDA	*YAMILE CANO HERRERA* *PS_1383_2025_611D61* **YAMILE CANO HERRERA** **SUPERVISOR ALTERNO**
FIRMA DE QUIEN CONVALIDA EL CUMPLIMIENTO DE LAS OBLIGACIONES PARA EL PRESENTE PERIODO DE PAGO	*RONALD AGUILAR GOMEZ* *PS_1383_2025_611D61* **RONALD AGUILAR GOMEZ** **SUPERVISOR DEL CONTRATO**