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 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:	**CINDY YOHANA MALDONADO VILLALOBOS**			**CC:**	**1010183944**
CORREO ELECTRÓNICO:	**CINDY.MALDONADO@HOTMAIL.COM**			**TELÉFONO:**	**3197551593**
DIRECCIÓN DOMICILIO:	**TV 1C ESTE 7A 08**			**CIUDAD:**	**BOGOTA**
BANCO AL CUAL CONSIGNAR:	**BANCO AV VILLAS**	**TIPO DE CUENTA:**	**AHORROS**	**Nº CUENTA:**	**060913576**
DATOS DEL CONTRATO O ADICION Y PERIODO OBJETO DE PAGO					
Nº DEL CONTRATO:	**PS 3188 2025**	**VALOR CORRESPONDIENTE AL PERIODO OBJETO DE COBRO**			**$ 3.143.560**
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**				

CINDY YOHANA MALDONADO VILLALOBOS
PS_3188_2025_39D3A1

NOMBRE Y FIRMA DEL CONTRATISTA:
CINDY YOHANA MALDONADO VILLALOBOS
CC: 1010183944
CEL: 3197551593

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			
CINDY YOHANA MALDONADO VILLALOBOS			
	CON C.C Nº	**1.010.183.944**	
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 3188 2025**	**FECHA INICIO CONTRATO**	**2025/01/01**
VALOR INICIAL DEL CONTRATO	$ 9.430.680	**No. HORAS EJECUTADAS**	**0**
VALOR TOTAL DEL CONTRATO INCLUIDO ADICIONES:	$ 31.435.600	**VALOR DE HONORARIOS PERÍODO A CERTIFICAR:**	$ 3.143.560
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	5. Se realizó validación de cada una de las cuentas, para evidenciar trazabilidad de las facturas entregadas para tramite, y así realizar un proceso efectivo.
2	6. Se trabajan las devoluciones teniendo en cuenta cada agilsalud, anexando los soportes pertinentes en cada uno.
3	1. Se recibieron bases de datos de las diferentes ERP, para realizar el análisis y trámite de respuesta a las mismas, manejando los tiempos establecidos según la normatividad vigente.
4	2. Se consultaron bases de datos, para identificar afiliaciones al régimen de seguridad social en salud, y páginas de las diferentes entidades para descargar evidencia de servicios prestados (autorizaciones, Adres, Comprobador de derechos,), por parte de la Subred Integrada De Servicios de Salud Centro Oriente, a los diferentes usuarios que fueron notificados con causales de devolución.
5	3. Se realizó, descargue de soportes de las carpetas compartidas del armado de cuentas, para validación de soportes adjuntos en radicación inicial, y soportar faltantes para así dar una respuesta efectiva, y así subsanar las inconformidades dispuestas por las diferentes ERP.
6	4 . Se realiza tramite de respuesta de devoluciones correspondiente a las diferentes ERP, en aplicativo de información DGH.
7	12 . Se participo en mesa de trabajo con el área de cuentas medicas, cartera, autorizaciones y devoluciones para llevar a cabo el manejo de la información a presentar por parte del ejecutivo de cartera de aseguradoras.
8	7 . Realizar los archivos planos, con los diferentes lineamientos por SYAC, para así realizar los cargues efectivos en el sistema de información DGH.
9	8 . Se realiza gestión para la respectiva radicación de las diferentes ERP, asignadas en el mes.
10	9 . Apoyo en radicación antes algunas ERP
11	10. Se recibieron bases de datos, de PRUEBAS COVID, para validar las diferentes tomas.
12	11. Se realizo informe de las diferentes devoluciones notificadas por las aseguradoras frente a los hallazgos presentados por los entes de control.

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° 90150810	OPERADOR:	MI PLANILLA

CONCEPTO DEL PAGO	ENTIDAD	FECHA DE PAGO	VALOR PAGADO
SALUD:	COMPENSAR	2025/10/14	$ 178.500
PENSIÓN:	PORVENIR	2025/10/14	$ 228.400
RIESGOS LABORALES:	SEGUROS BOLIVAR	2025/10/14	$ 34.800
OTRO			
TOTAL PAGADO			$ 441.700

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	*CINDY YOHANA MALDONADO VILLALOBOS* *PS_3188_2025_39D3A1* **CINDY YOHANA MALDONADO VILLALOBOS** **CC: 1010183944**
FIRMA DE QUIEN VALIDA	*YAMILE CANO HERRERA* *PS_3188_2025_39D3A1* **YAMILE CANO HERRERA** **SUPERVISOR ALTERNO**
FIRMA DE QUIEN CONVALIDA EL CUMPLIMIENTO DE LAS OBLIGACIONES PARA EL PRESENTE PERIODO DE PAGO	*RONALD AGUILAR GOMEZ* *PS_3188_2025_39D3A1* **RONALD AGUILAR GOMEZ** **SUPERVISOR DEL CONTRATO**