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:	**ANYELA MARCELA TUMAY MENDOZA**			**CC:**	**52371681**
CORREO ELECTRÓNICO:	**ANYTUMY@GMAIL.COM**			**TELÉFONO:**	**3002690847**
DIRECCIÓN DOMICILIO:	**CL 2 91 11**			**CIUDAD:**	**BOGOTA**
BANCO AL CUAL CONSIGNAR:	**BANCO DAVIVIENDA S.A.**	**TIPO DE CUENTA:**	**AHORROS**	**N° CUENTA:**	**009270306351**
DATOS DEL CONTRATO O ADICION Y PERIODO OBJETO DE PAGO					
Nº DEL CONTRATO:	**PS 3205 2025**	**VALOR CORRESPONDIENTE AL PERIODO OBJETO DE COBRO**			**$ 3.893.400**
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**				

ANYELA MARCELA TUMAY MENDOZA
PS_3205_2025_AA4248

NOMBRE Y FIRMA DEL CONTRATISTA:
ANYELA MARCELA TUMAY MENDOZA
CC: 52371681
CEL: 3002690847

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			
ANYELA MARCELA TUMAY MENDOZA			
	CON C.C N°	**52.371.681**	
OBJETO DEL CONTRATO:	PRESTAR SERVICIOS COMO PROFESIONAL DE APOYO 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 3205 2025**	**FECHA INICIO CONTRATO**	**2025/01/01**
VALOR INICIAL DEL CONTRATO	$ 11.680.200	**No. HORAS EJECUTADAS**	**0**
VALOR TOTAL DEL CONTRATO INCLUIDO ADICIONES:	$ 38.934.000	**VALOR DE HONORARIOS PERÍODO A CERTIFICAR:**	$ 3.893.400
PLAZO DEL CONTRATO INCLUYENDO PRORROGAS	DIEZ (10) MESES		
UNIDAD FUNCIONAL DE EJECUCIÓN DE ACTIVIDADES:	SEDE ADMINISTRATIVA DIAGONAL 34		
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	Se gestiona visita de acuerdo al cronograma con la entidad
2	Se realiza actualización de los informes del área y de los procesos gestión y trámite de cartera, así como el tramité realizado antes varios entes de salud de orden departamental. Evidencia en correo electronico conciliacioncartera5@subredcentrooriente.gov.co
3	Se dará cumplimiento de la actividad de acuerdo al objeto del contrato y según directriz del supervisor
4	Se realiza recepción de radicados de acuerdo a las entidades asignadas, consolidando físicos para el archivo según gestión.(Capresoca-Salud Total, Entes)
5	Se dará cumplimiento al momento de la terminacion del contrato o finalizacion de actividades.
6	Se realiza actividad según programación o directriz del lider del proceso.
7	Se realiza gestión de la cartera de las EPS y entes territoriales del cobro para recaudo de los valores libres para pago, con evidencia en correo electronico conciliacioncartera5@subredcentrooriente.gov.co
8	Se realiza actualización de la matriz de saldos de procesos de cobro coactivo de entidades asignadas, con evidencia de entrega en correo electronico conciliacioncartera5@subredcentrooriente.gov.co
9	Se realiza seguimiento, reporte a la circularización de cartera de las entidades asignadas con saldo (reporte con corte trimestral) evidencia en correo electronico conciliacioncartera5@subredcentrooriente.gov.co.
10	Se realiza gestión de cobro y solicitud de soportes pago a las EPS y entes territoriales de valores girados mediente herramientas electronicas y medios disponibles (EPS Capresoca-Salud Total) correo electronico conciliacioncartera5@subredcentrooriente.gov.co.
11	Se realiza programación de citas con las entes territoriales de acuerdo a Cronograma
12	Se realiza gestión y trámite de correspondencia de acuerdo a requerimientos con la EPS y Entes territoriales. Evidencia en correo electronico conciliacioncartera5@subredcentrooriente.gov.co
13	Se realiza trámites mediante cruces ,aplicación de pagos o procesos de cobro de orden judicial.

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° 90616505	OPERADOR:	MI PLANILLA

CONCEPTO DEL PAGO	ENTIDAD	FECHA DE PAGO	VALOR PAGADO
SALUD:	SANITAS	2025/10/14	$ 194.670
PENSIÓN:	COLPENSIONES	2025/10/14	$ 249.178
RIESGOS LABORALES:	SEGUROS BOLIVAR	2025/10/14	$ 37.938
OTRO			
TOTAL PAGADO			$ 481.786

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	*ANYELA MARCELA TUMAY MENDOZA* *PS_3205_2025_AA4248* **ANYELA MARCELA TUMAY MENDOZA** **CC: 52371681**
FIRMA DE QUIEN VALIDA	*GUSTAVO ADOLFO MARIN VELASQUEZ* *PS_3205_2025_AA4248* **GUSTAVO ADOLFO MARIN VELASQUEZ** **SUPERVISOR ALTERNO**
FIRMA DE QUIEN CONVALIDA EL CUMPLIMIENTO DE LAS OBLIGACIONES PARA EL PRESENTE PERIODO DE PAGO	*RONALD AGUILAR GOMEZ* *PS_3205_2025_AA4248* **RONALD AGUILAR GOMEZ** **SUPERVISOR DEL CONTRATO**