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:	ANYELA MARIA CIFUENTES LUQUE			CC:	52856235
CORREO ELECTRÓNICO:	ANYELAMARIA1@GMAIL.COM			TELÉFONO:	3225303048
DIRECCIÓN DOMICILIO:	CL 24 4A 44			CIUDAD:	BOGOTA
BANCO AL CUAL CONSIGNAR:	BANCO DAVIVIENDA S.A.	TIPO DE CUENTA:	AHORROS	N° CUENTA:	488441765028
DATOS DEL CONTRATO O ADICION Y PERIODO OBJETO DE PAGO					
N° DEL CONTRATO:	PS 1341 2025	VALOR CORRESPONDIENTE AL PERIODO OBJETO DE COBRO			$ 2.100.000
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 MARIA CIFUENTES LUQUE
PS_1341_2025_F84937

NOMBRE Y FIRMA DEL CONTRATISTA:
ANYELA MARIA CIFUENTES LUQUE
CC: 52856235
CEL: 3225303048

Scanned with MOBILE SCANNER

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 MARIA CIFUENTES LUQUE			
CON C.C N°	**52.856.235**		
OBJETO DEL CONTRATO:	PRESTAR SERVICIOS COMO BACHILLER 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 1341 2025**	**FECHA INICIO CONTRATO**	**2025/01/01**
VALOR INICIAL DEL CONTRATO	$ 5.927.856	**No. HORAS EJECUTADAS**	**0**
VALOR TOTAL DEL CONTRATO INCLUIDO ADICIONES:	$ 20.851.142	**VALOR DE HONORARIOS PERÍODO A CERTIFICAR:**	$ 2.100.000
PLAZO DEL CONTRATO INCLUYENDO PRORROGAS	DIEZ (10) MESES		
UNIDAD FUNCIONAL DE EJECUCIÓN DE ACTIVIDADES:	CENTRO DE SALUD PERSEVERANCIA		
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	Admiti en el sistema de información los pacientes que ingresan por el servicio de urgencias y ventanillas de hospitalización (en unidades donde no hay admisionista).
2	Verifiqué derechos del paciente frente a las seguridad social o afiliación del usuario (en unidades donde no hay admisionista).
3	Actualize datos personales del usuario y datos del acudiente en el sistema de información.
4	Reporte por correo electrónico al área de trabajo social algunas dificultades de identificación de los pacientes que se encuentra en atención médica en el servicio de urgencias.
5	Recepcione , registre y confirme las órdenes de servicio de la consulta o la observación de urgencias.
6	Revise el estado de cuenta del paciente contra historia clínica, y revise que se encuentre todas las actividades y procedimientos realizados en estado registrado y confirmado en el sistema de información, garantizando cobro dentro de la factura electrónica de venta o registro de servicios.
7	Verifique y adjunte el soporte entregado por el área de autorizaciones de trámite según acuerdo de voluntades y normatividad vigente.
8	Egrese oportunamente los pacientes del sistema de información, una vez que se notifico orden de salida por el área asistencial.
9	Genere Orden de Salida en sistema de información, hice firmar y entregue copia al usuario y posteriormente subi el documento a carpeta de requerimientos.
10	Verifique y adjunte los soportes manuales generados en la prestación de servicios al sistema de información DGH (orden de salida, soportes como: electrocardiograma, banco de sangre, monitorias, hojas de gasto, récord anestesia, aplicación de medicamentos etc).
11	Elabore factura de los pacientes de Urgencias y Observación y recibo de caja oportunamente de acuerdo a la atención prestada al paciente, acuerdo de voluntades y normatividad vigente
12	Legalizé el dinero recibido por concepto de copago o cuota de recuperación que hagan los usuarios, en sistema de información y ante el área de tesorería.
13	Realizé cierre de caja, arqueo y entrega de soportes respectivos, según instructivo del área de Tesorería.
14	Entregue las facturas generadas a diario soportadas y organizadas de acuerdo a los procesos y procedimientos del área.
15	Corregi dentro de las 48 horas siguientes a su recepción, las objeciones en las devoluciones que hace el analista de cuentas.
16	Brinde el apoyo necesario y realice o ejecute planes de contingencia en el momento en que no se contaba con el sistema de información y/o bases de datos afines
17	Revisé la respuesta y soportes emitidos por parte del área de trabajo social (participación social y atención al usuario) en cuanto a identificación o clasificación del paciente.

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**	

Scanned with MOBILE SCANNER

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° 90090976	OPERADOR:	MI PLANILLA

CONCEPTO DEL PAGO	ENTIDAD	FECHA DE PAGO	VALOR PAGADO
SALUD:	CAPITAL SALUD	2025/10/24	$ 177.938
PENSIÓN:	PROTECCION	2025/10/24	$ 227.760
RIESGOS LABORALES:	SURA	2025/10/24	$ 34.677
OTRO			
TOTAL PAGADO			$ 440.375

V. DECLARACIONES DEL CONTRATISTA

1.- Que desarrollé las actividades descritas en el informe anexo, dentro del periodo 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 MARIA CIFUENTES LUQUE* *PS_1341_2025_F84937* **ANYELA MARIA CIFUENTES LUQUE** **CC: 52856235**
FIRMA DE QUIEN VALIDA	*YAMILE CANO HERRERA* *PS_1341_2025_F84937* **YAMILE CANO HERRERA** **SUPERVISOR ALTERNO**
FIRMA DE QUIEN CONVALIDA EL CUMPLIMIENTO DE LAS OBLIGACIONES PARA EL PRESENTE PERIODO DE PAGO	*RONALD AGUILAR GOMEZ* *PS_1341_2025_F84937* **RONALD AGUILAR GOMEZ** **SUPERVISOR DEL CONTRATO**

Scanned with MOBILE SCANNER

compensar | miplanilla.com

REPORTE RESUMEN DE PAGO

Información básica de la planilla

Empresa:	ANYELA MARIA CIFUENTES LUQUE	**NIT:**	52856235
Tipo Planilla:	I	**Periodo liquidación Pensiones:**	septiembre 2025
Sucursal o Dependencia:	PRINCIPAL	**Periodo liquidación Salud:**	septiembre 2025
Número de Radicación:	90090976	**Total a pagar:**	$453,700
Fecha de vencimiento:	08/10/2025	**Total de empleados:**	1
Fecha de Pago:	24/10/2025	**Número de Administradoras:**	4

Detalles del pago

Razón social recaudo:	Compensar OI	**Nit recaudo:**	9998600669427
Descripción:	MiPlanilla.com Pago Proteccion Social	**Medio de Pago:**	Pago Electronico por PSE
Banco:	NU	**Número Autorización:**	1875741627
Estado de la transacción:	Transacción aprobada		

Código	NIT	Administradoras	Num. Afiliados	*Número de incapacidad por riesgos laborales	Valor descontado en incapacidad y/o licencia	Total Pagado
14-11	890903790	ARL SURA	1		$0	$35,100
230201	800229739	Proteccion (ING + Proteccion)	1		$0	$230,100
CCF22	860007336	Colsubsidio Caja de Compensacion Fliar	1		$0	$8,700
EPSC34	900298372	Recaudo SGP Capital Salud	1		$0	$179,800
						$453,700

***Si descontó incapacidades o notas crédito debe informar a la administradora correspondiente los descuentos.**

Le informamos que el pago de la planilla No. 90090976, fue posterior a la fecha límite establecida en el Decreto 1670 de 2007. Sin embargo, para las administradoras el recibir el aporte no implica que esté aceptando o se esté allanando a la mora, ya que la Ley establece la obligatoriedad de recibirlo, al igual que para los empleadores y aportantes la obligación de cotizar oportunamente, lo que permite el reconocimiento de las prestaciones económicas (Incapacidades, Licencias de Maternidad y Paternidad), evitando además, el recobro al empleador o trabajador independiente de los servicios prestados durante el periodo de pago extemporáneo.

Scanned with MOBILE SCANNER

Este documento está clasificado como PRIVADO por parte de Compensar Operador de Información