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: (30-11-2025)					
NOMBRES Y APELLIDOS:	**OMAIRA ANZOLA VARGAS**			**CC:**	**52739868**
CORREO ELECTRÓNICO:	**MAIRIS0287@GMAIL.COM**			**TELÉFONO:**	**3208728484**
DIRECCIÓN DOMICILIO:	**CL 74 14 C 27 SUR**			**CIUDAD:**	**BOGOTA**
BANCO AL CUAL CONSIGNAR:	**BANCO AV VILLAS**	**TIPO DE CUENTA:**	**AHORROS**	**N° CUENTA:**	**675941566**
DATOS DEL CONTRATO O ADICION Y PERIODO OBJETO DE PAGO					
Nº DEL CONTRATO:	**PS 2802 2025**	**VALOR CORRESPONDIENTE AL PERIODO OBJETO DE COBRO**			**$ 2.100.000**
FECHA DE INICIO CONTRATO	**2025/01/01**	**FECHA DE TERMINACIÓN CONTRATO:**			**2025/11/30**
PERIODO OBJETO DE COBRO:	**DEL 2025/11/01 AL 2025/11/30**				

OMAIRA ANZOLA VARGAS

PS_2802_2025_5DC138

NOMBRE Y FIRMA DEL CONTRATISTA:

OMAIRA ANZOLA VARGAS

CC: 52739868

CEL: 3208728484

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			
OMAIRA ANZOLA VARGAS			
	CON C.C N°	**52.739.868**	
OBJETO DEL CONTRATO:	PRESTAR SERVICIOS COMO BACHILLER AUTORIZADOR Y ADMISIONISTA 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 2802 2025**	**FECHA INICIO CONTRATO**	**2025/01/01**
VALOR INICIAL DEL CONTRATO	$ 5.927.856	**No. HORAS EJECUTADAS**	**0**
VALOR TOTAL DEL CONTRATO INCLUIDO ADICIONES:	$ 22.951.142	**VALOR DE HONORARIOS PERÍODO A CERTIFICAR:**	$ 2.100.000
PLAZO DEL CONTRATO INCLUYENDO PRORROGAS	ONCE (11) MESES		
UNIDAD FUNCIONAL DE EJECUCIÓN DE ACTIVIDADES:	HOSPITAL SAN BLAS		
NOMBRE DEL SUPERVISOR:	ANDRES FELIPE GUZMAN CRUZ		

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	Realice Ingresos en el sistema de Información dinámica Gerencial de los pacientes que ingresaron por urgencias que fueron clasificados con un Triage I,II,Y II.
2	Subí soportes de verificación de derechos en el sistema de información dinámica Gerencial en el ITEM de Requerimientos y realicé actualización periódica del paciente durante la estancia en la institución.
3	Realice reporte a Trabajo Social , de los pacientes que presentaron inconsistencia y/o problemas de aseguramiento.
4	Registre en el aplicativo de BITACORAS en el ESTADO DE AFILIACION, y seguimiento de los paciente ingresados por urgencias y paciente con hospitalizados.
5	Realice el Censo y gestiones autorizaciones de los pacientes que encuentran en el del servicio de QUIRURGICAS, esto con el fin de tener identificado el 100% de los pacientes que se encuentran con gestión de autorizaciones reporte de estancia y procedimientos.
6	Realice seguimiento a los casos que desde el ingreso no contaban con la autorización (Correo, teléfono y/o por plataformas), esto con el fin de contar con la autorización de los servicios solicitados
7	8 Realice gestión de autorizaciones con cada una de las EAPB, con las solicitudes realizadas por los Terceros.
8	Genere reportes dinámica Gerencial: HC - INFORME DESCRIPCION QUIRURGICA (CIRUDE)- AD - EXAMENES Y PROCEDIMIENTOS - AUTORIZACIONES AD - EXAMENES Y PROCEDIMIENTOS - AUTORIZACIONES - POR DIA. Diariamente con el fin de identificar procedimientos Quirúrgicos Ordenas y/o realizados para reporta a cada una de las EAPB que correspondan
9	Asistí a las reuniones y capacitaciones programadas por el área y/o las Instituciones
10	Realice las demás actividades relacionadas con el objeto contractual asignadas por el supervisor de contrato
11	Cumpli con en subir soportes de verificacion de derechos en Dinamica Gerencial cuando realice apertura de ingresos
12	Verifique en todas las bases de datos (ADRES, DNP, BDUA, Comprobador, Web, páginas de las EAPB, entre Otras), el estado de afiliación del paciente o los pacientes, tanto por número de documentos como por nombres y apellidos, esto con el fin de realizar una correcta identificación de la EAPB de cada uno de los pacientes ingresados.
13	Gestioné pendientes reportados por las técnicas de autorizaciones
14	Realice reporte de solicitud de autorizaciones de las Boletas y/o solicitud de servicios entregadas por los camilleros y/o profesionales.

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 (2025-11-01) AL (2025-11-30)

IV. INFORMACIÓN DE APORTES A SEGURIDAD SOCIAL			
No. DE PLANILLA:	N° 91169766	OPERADOR:	MI PLANILLA
CONCEPTO DEL PAGO	ENTIDAD	FECHA DE PAGO	VALOR PAGADO
SALUD:	COMPENSAR	2025/11/18	$ 178.000
PENSIÓN:	COLFONDOS	2025/11/18	$ 227.800
RIESGOS LABORALES:	SEGUROS BOLIVAR	2025/11/18	$ 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	*OMAIRA ANZOLA VARGAS* *PS_2802_2025_5DC138* **OMAIRA ANZOLA VARGAS** **CC: 52739868**
FIRMA DE QUIEN VALIDA	*YENI ROCIO AVILA RONDON* *PS_2802_2025_5DC138* **YENI ROCIO AVILA RONDON** **SUPERVISOR ALTERNO**
FIRMA DE QUIEN CONVALIDA EL CUMPLIMIENTO DE LAS OBLIGACIONES PARA EL PRESENTE PERIODO DE PAGO	*ANDRES FELIPE GUZMAN CRUZ* *PS_2802_2025_5DC138* **ANDRES FELIPE GUZMAN CRUZ** **SUPERVISOR DEL CONTRATO**

compensar | miplanilla.com

PLANILLA INTEGRADA DE AUTOLIQUIDACION DE APORTES

DATOS DEL APORTANTE						
TIPO	NÚMERO	NOMBRE APORTANTE	DIRECCIÓN	TELÉFONO	CORREO	EXONERADO PAGO PARAFISCALES Y SALUD
CC	52739868	OMAIRA ANZOLA VARGAS	CL 74 14c-27 SUR	7627876	mairis0287@gmail.com	
FORMA PRESENTACIÓN	CLASE APORTANTE	NOMBRE SUCURSAL / CÓDIGO	DEPARTAMENTO	CIUDAD / MUNICIPIO		
ÚNICA	I – Independiente		BOGOTÁ D. C.	BOGOTÁ. D.C.		NO

DATOS DE LA PLANILLA						
PLANILLA ASOCIADA	FECHA PAGO ASOCIADA (DIA/MES/AÑO)	TIPO PLANILLA	FECHA PAGO (DIA/MES/AÑO)	NÚMERO PLANILLA	CANTIDAD	
					EMPLEADOS	UPC
					1	0
PERIODO SALUD	PERIODO PENSIONES				TOTAL A PAGAR	
2025-10	2025-10	I	18/11/2025	91169766	$469.000	

TOTALES POR SUBSISTEMAS

TOTALES SALUD

Código EPS	Nombre	NIT	Cotización Obligatoria	UPC Adicional	Incapacidades		Licencia Maternidad		Días Mora	Valor Mora Cotización	Valor Mora UPC	Total a Pagar	No. Afiliados
					No. Autorización	Valor	No. Autorización	Valor					
EPS008	Compensar EPS	860066942-7	178.000	0		0		0	0	0	0	178.000	1

TOTALES PENSIÓN

Código AFP	Nombre	NIT	Cotización Obligatoria	Aporte Voluntario Afiliado	Aporte Voluntario Aportante	Aporte FSP - Solidaridad	Aporte FSP - Subsistencia	Días Mora	Valor Mora Cotización	Valor Mora FSP	Total a Pagar	No. Afiliados
231001	Colfondos	800227940-6	227.800	0	0	0	0	0	0		227.800	1

TOTALES RIESGOS LABORALES

Código ARL	Nombre	NIT	Cotización Obligatoria	Incapacidades		Aportes Otros Sistemas	Valor Neto Cotización	Días Mora	Valor Mora Cotización	Subtotal Cotización	No. Radicado Saldo a Favor	Valor Saldo a Favor	Fondo Solidaridad	Total a Pagar	No. Afiliados
				No. Autorización	Valor										
14-7	Seguros Bolivar S.A.	860002503-2	34.700				34.700	0	0	34.700			347	34.700	1

TOTALES CAJAS

Código CCF	Nombre	NIT	Valor Aporte	Días Mora	Valor Mora Aporte	Total a Pagar	No. Afiliados
CCF24	Compensar Caja	860066942-7	28.500	0	0	28.500	1

TOTALES PARAFISCALES

Valor Aporte	Días Mora	Valor Mora Aporte	Total a Pagar	No. Afiliados
SENA				
0	0	0	0	0
ICBF				
0	0	0	0	0
ESAP				
MEN				

TOTALES POR SUBSISTEMA

Tipo Administradora	No. Administradoras Reportadas	Valor antes de IGE, LMA, IRP y Mora	Total a Pagar
Salud	1	178.000	178.000
Pensión	1	227.800	227.800
Riesgos Laborales	1	34.700	34.700
CCF	1	28.500	28.500
ESAP	0	0	0
ICBF	0	0	0
MEN	0	0	0
SENA	0	0	0
TOTALES	4	469.000	469.000

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

compensar | miplanilla.com

PLANILLA INTEGRADA DE AUTOLIQUIDACION DE APORTES

DATOS DEL APORTANTE						
TIPO	**NÚMERO**	**NOMBRE APORTANTE**		**DIRECCIÓN**	**TELÉFONO**	**CORREO**
CC	52739868	OMAIRA ANZOLA VARGAS		CL 74 14c-27 SUR	7627876	mairis0287@gmail.com
FORMA PRESENTACIÓN	**CLASE APORTANTE**	**NOMBRE SUCURSAL**	**CÓDIGO**	**DEPARTAMENTO**	**CIUDAD / MUNICIPIO**	
ÚNICA	I – Independiente			BOGOTÁ D. C.	BOGOTÁ. D.C.	

EXONERADO PAGO PARAFISCALES Y SALUD
NO

DATOS DE LA PLANILLA						
PLANILLA ASOCIADA	**FECHA PAGO ASOCIADA (DIA/MES/AÑO)**	**TIPO PLANILLA**	**FECHA PAGO (DIA/MES/AÑO)**	**NÚMERO PLANILLA**	**CANTIDAD**	
					EMPLEADOS	**UPC**
					1	0
PERIODO SALUD	**PERIODO PENSIONES**				**TOTAL A PAGAR**	
2025-10	2025-10	I	18/11/2025	91169766	$469.000	

DETALLE POR COTIZANTE

INFORMACIÓN COTIZANTE									INFORMACIÓN NOVEDADES																	PENSIÓN							SALUD			RIESGOS LABORALES				CCF			PARAFISCALES					
No.	**Tipo**	**No. de Identificación**	**Apellidos y Nombres**	**Cotizante**	**Subtipo**	**Extranjero**	**Colom. exterior**	**Exonerado**	**ING**	**RET**	**TDE**	**TAE**	**TDP**	**TAP**	**VSP**	**VST**	**SLN**	**IGE**	**LMA**	**VAC**	**AVP**	**VCT**	**IRL**	**CORRECCIÓN**	**Cód. AFP**	**IBC AFP**	**Cotización**	**Voluntario Afiliado**	**Voluntario Aportante**	**Fondo pensional de solidaridad**	**Fondo pensional de subsistencia**	**Cód. EPS**	**IBC EPS**	**Cotización / Valor UPC**	**Cód. ARL**	**IBC ARL**	**Clase de Riesgo**	**Cotización**	**Código CCF**	**IBC CCF**	**Aporte CCF**	**IBC otros parafiscales**	**Aporte SENA**	**Aporte ICBF**	**Aporte ESAP**	**Aporte MEN**
1	CC	52739868	ANZOLA VARGAS OMAIRA	59	0			N																	231001	1.423.500	227.800	0	0	0	0	EPS008	1.423.500	178.000	14-7	1.423.500	3	34.700	CCF24	1.423.500	28.500	0	0	0	0	0

PAGADA

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



	Descripción	Nombre del archivo	Cargado por		
☐	PS 2802 2025 CTA ENERO_2025.pdf	PS 2802 2025 CTA ENERO_2025.pdf	Comprador	Descargar	Detalle
☐	PS 2802 2025 CTA FEBRERO_2025.pdf	PS 2802 2025 CTA FEBRERO_2025.pdf	Comprador	Descargar	Detalle
☐	PS 2802 2025 CTA FEBRERO_2025 RES 072.pdf	PS 2802 2025 CTA FEBRERO_2025 RES 072.pdf	Comprador	Descargar	Detalle
☐	PS 2802 2025 CTA MARZO_2025.pdf	PS 2802 2025 CTA MARZO_2025.pdf	Comprador	Descargar	Detalle
☐	PS 2802 2025 CTA ABRIL_2025.pdf	PS 2802 2025 CTA ABRIL_2025.pdf	Comprador	Descargar	Detalle
☐	COMUNICACION SUPERVISOR PS 2802 2025.pdf	COMUNICACION SUPERVISOR PS 2802 2025.pdf	Comprador	Descargar	Detalle
☐	PS 2802 2025 CTA MAYO_2025..pdf	PS 2802 2025 CTA MAYO_2025..pdf	Proveedor	Descargar	Detalle
☐	1 PS 2802 2025 CRP-7112.pdf	1 PS 2802 2025 CRP-7112.pdf	Comprador	Descargar	Detalle
☐	2 PS 2802 2025 CRP-12247.pdf	2 PS 2802 2025 CRP-12247.pdf	Comprador	Descargar	Detalle
☐	3 PS 2802 2025 CRP-12248.pdf	3 PS 2802 2025 CRP-12248.pdf	Comprador	Descargar	Detalle
	PS 2802 2025 CRP-12248.pdf.pdf (Archivado)	PS 2802 2025 CRP-12248.pdf.pdf	Proveedor	Descargar	Detalle
☐	PS 2802 2025 CRP-12248 JUNIO.pdf.pdf	PS 2802 2025 CRP-12248 JUNIO.pdf.pdf	Proveedor	Descargar	Detalle
	PS 2802 2025 CRP-12248 JULIO.pdf.pdf (Archivado)	PS 2802 2025 CRP-12248 JULIO.pdf.pdf	Proveedor	Descargar	Detalle
	2802 2025 CRP-12248 JULIO.pdf.pdf (Archivado)	2802 2025 CRP-12248 JULIO.pdf.pdf	Proveedor	Descargar	Detalle
☐	2802 2025 CRP-12248 JULIO.pdf	2802 2025 CRP-12248 JULIO.pdf	Proveedor	Descargar	Detalle
☐	2802 2025 CRP-12248 AGOSTO.pdf.pdf	2802 2025 CRP-12248 AGOSTO.pdf.pdf	Proveedor	Descargar	Detalle
☐	4 PS 2802 2025 CRP-19866.pdf	4 PS 2802 2025 CRP-19866.pdf	Comprador	Descargar	Detalle
☐	2802 2025 CRP-12248 SEPTIEMBRE.pdf.pdf.pdf	2802 2025 CRP-12248 SEPTIEMBRE.pdf.pdf.pdf	Proveedor	Descargar	Detalle
	certificado octubre.pdf (Archivado)	certificado octubre.pdf	Proveedor	Descargar	Detalle
☐	2802 2025 CRP-12248 OCTUBRE.pdf.pdf.pdf.pdf	2802 2025 CRP-12248 OCTUBRE.pdf.pdf.pdf.pdf	Proveedor	Descargar	Detalle

Borrar Cargar nuevo

Cancelar

< Evaluación de la Entidad Estatal >

