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: (31-12-2025)					
NOMBRES Y APELLIDOS:	**LEIDY CAROLINA GUASCA BELTRAN**			**CC:**	**1033771199**
CORREO ELECTRÓNICO:	**CAROLEGUG@GMAIL.COM**			**TELÉFONO:**	**3024529500**
DIRECCIÓN DOMICILIO:	**CL 49B SUR 9A 94**			**CIUDAD:**	**BOGOTA**
BANCO AL CUAL CONSIGNAR:	**BANCO DAVIVIENDA S.A.**	**TIPO DE CUENTA:**	**AHORROS**	**N° CUENTA:**	**488437156091**
DATOS DEL CONTRATO O ADICION Y PERIODO OBJETO DE PAGO					
Nº DEL CONTRATO:	**PS 1302 2025**	**VALOR CORRESPONDIENTE AL PERIODO OBJETO DE COBRO**			**$ 1.900.000**
FECHA DE INICIO CONTRATO	**2025/01/01**	**FECHA DE TERMINACIÓN CONTRATO:**			**2026/01/15**
PERIODO OBJETO DE COBRO:	**DEL 2025/12/01 AL 2025/12/31**				

LEIDY CAROLINA GUASCA BELTRAN
PS_1302_2025_1F6711

NOMBRE Y FIRMA DEL CONTRATISTA:
LEIDY CAROLINA GUASCA BELTRAN
CC: 1033771199
CEL: 3024529500

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			
LEIDY CAROLINA GUASCA BELTRAN			
	CON C.C N°	**1.033.771.199**	
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 1302 2025**	**FECHA INICIO CONTRATO**	**2025/01/01**
VALOR INICIAL DEL CONTRATO	$ 5.388.960	**No. HORAS EJECUTADAS**	**0**
VALOR TOTAL DEL CONTRATO INCLUIDO ADICIONES:	$ 24.575.584	**VALOR DE HONORARIOS PERÍODO A CERTIFICAR:**	$ 1.900.000
PLAZO DEL CONTRATO INCLUYENDO PRORROGAS	TRECE (13) MESES		
UNIDAD FUNCIONAL DE EJECUCIÓN DE ACTIVIDADES:	CENTRO DE SALUD PRIMERO DE MAYO		
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	Se realizo el llamado en el orden del digiturno de los usuarios a la ventanilla de facturación 2. se verifico que las ordenes médicas y autorizaciones coincidan con lo autorizado por las EPS a la que se encuentra afiliado el usuario 3. se realizó la verificación del paquete administrativo en las diferentes paginas(comprobadores de derechos, adres, sisben, georeferenciador) el estado de afiliación de los pacientes a facturar 4. se verificó en el link de seguimiento de citas y facturas de paciente la frecuencia de los pacientes a facturar 5. se realizo la actualizacion de datos de pacientes en el momento de la generacion de factura y/o registro de servicios 6. se generaron las facturas y/o registros de servicios de los usuarios que una vez verificado el comprobador de derechos pertenecen a sisben categoria A o al proyecto gratuidad 7. Luego de realizar la verificacion de la autorizacion y orden medica presentada por el usuario se generaron facturas y/o registros de servicios 8. Realicé los recibos de caja correspondiente a los abonos a pagaré de los usuarios 9. Se entregó el dinero recaudado junto con sus respectivos soportes a la persona encargada del área de tesoreria 10. Se realizó la entrega de las facturas soportadas para su revisión y posterior radicación en las diferentes ERP 11. se realizo la correccion de las novedades reportadas por la drive y/o correo electronico durante el periodo 12. se asistió a las dos capacitaciónes progamadas y las retroalimentaciones realizadas por los grupos del área "

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 (2025-12-01) AL (2025-12-31)

IV. INFORMACIÓN DE APORTES A SEGURIDAD SOCIAL

No. DE PLANILLA:	N° 7996386877	OPERADOR:	SOI

CONCEPTO DEL PAGO	ENTIDAD	FECHA DE PAGO	VALOR PAGADO
SALUD:	FAMISANAR	2025/12/22	$ 178.000
PENSIÓN:	COLPENSIONES	2025/12/22	$ 227.800
RIESGOS LABORALES:	SURA	2025/12/22	$ 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	*LEIDY CAROLINA GUASCA BELTRAN* *PS_1302_2025_1F6711* **LEIDY CAROLINA GUASCA BELTRAN** **CC: 1033771199**
FIRMA DE QUIEN VALIDA	*YAMILE CANO HERRERA* *PS_1302_2025_1F6711* **YAMILE CANO HERRERA** **SUPERVISOR ALTERNO**
FIRMA DE QUIEN CONVALIDA EL CUMPLIMIENTO DE LAS OBLIGACIONES PARA EL PRESENTE PERIODO DE PAGO	*ANDRES FELIPE GUZMAN CRUZ* *PS_1302_2025_1F6711* **ANDRES FELIPE GUZMAN CRUZ** **SUPERVISOR DEL CONTRATO**

PLANILLA INTEGRADA AUTOLIQUIDACIÓN APORTES
COMPROBANTE DE PAGO

Bancolombia

DATOS GENERALES DEL APORTANTE

TIPO IDENTIFICACIÓN:	CÉDULA DE CIUDADANÍA	NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN:	1033771199
NOMBRE Ó RAZÓN SOCIAL:			LEIDY CAROLINA GUASCA BELTRAN
CIUDAD/MUNICIPIO:	BOGOTA DISTRITO CAPITAL	DEPARTAMENTO:	BOGOTA - DISTRITO CAPITAL
DIRECCIÓN:	CLL 49 B SUR N 9B 94	TELÉFONO:	1111111
TIPO APORTANTE:	02-INDEPENDIENTE	CLASE APORTANTE:	I-INDEPENDIENTE
TIPO EMPRESA:	PRIVADA	ACTIVIDAD ECONOMICA:	Comercio al por mayor de
FORMA DE PRESENTACIÓN:	ÚNICO		
APORTANTE EXONERADO PAGO APORTES SALUD, SENA E ICBF (REFORMA TRIBUTARIA):			NO

DATOS GENERALES DE LA PLANILLA

NÚMERO PLANILLA:	**7996386877**		TIPO DE PLANILLA:		I-INDEPENDIENTES
PERIODO COTIZACIÓN	MES:	noviembre	PERIODO COTIZACIÓN	MES:	noviembre
OTROS SUBSISTEMAS:	AÑO:	2025	SALUD:	AÑO:	2025
DÍAS DE MORA:		0			
FECHA PAGO (aaaa/mm/dd):		2025/12/22	NÚMERO AUTORIZACIÓN:		2023327572

NOVEDADES

ING	RET	TDE	TAE	TDP	TAP	COR	VSP	VST	SLN	COM	IGE	LMA	VAC	AVP	VCT	IRP

LIQUIDACIÓN GENERAL

			TOTALES	
			COTIZANTES	TOTAL PAGADO
PENSIÓN				
ADMINISTRADORA				
NIT	CÓDIGO	NOMBRE		
9003360047	25-14	25-14 COLPENSIONES	1	$ 227.800
		SUBTOTAL:	1	**$ 227.800**
SALUD				
ADMINISTRADORA				
NIT	CÓDIGO	NOMBRE		
8300035647	EPS017	EPS017-FAMISANAR	1	$ 178.000
		SUBTOTAL:	1	**$ 178.000**
CAJA DE COMPENSACIÓN				
ADMINISTRADORA				
NIT	CÓDIGO	NOMBRE		
8600669427	CCF24	CCF24-COMPENSAR	1	$ 28.500
		SUBTOTAL:	1	**$ 28.500**
RIESGOS PROFESIONALES				
ADMINISTRADORA				
NIT	CÓDIGO	NOMBRE		
8909037905	14-11	14-11 - ARL SURA	1	$ 34.700
		SUBTOTAL:	1	**$ 34.700**

VALOR SIN MORA:	**$ 469.000**
VALOR MORA:	**$ 0**
TOTAL PAGADO:	**$ 469.000**

Planilla Pagada

1 Información general
2 Condiciones
3 Bienes y servicios
4 Documentos del Proveedor
5 Documentos del contrato
6 Información presupuestal
7 Ejecución del Contrato
8 Modificaciones del Contrato
9 Incumplimientos

Datos guardados

Cancelar

< Evaluación de la Entidad Estatal >

VER CONTRATO

Ejecución del Contrato

○ Porcentaje ○ Recepción de artículos

Plan de Pagos

¿Se requieren emisiones de códigos de autorización? ○ Sí ◉ No

Id de pago	Número de factura	Fecha de emisión	Fecha de recepción	Valor total de la factura	Estado

No existen resultados que cumplan con los criterios de búsqueda especificados

Crear

Documentos de ejecución del contrato

	Descripción	Nombre del archivo	Cargado por		
☐	1 PS 1302 2025 CRP-6019.pdf	1 PS 1302 2025 CRP-6019.pdf	Comprador	Descargar	Detalle
☐	2 PS 1302 2025 CRP-11886.pdf	2 PS 1302 2025 CRP-11886.pdf	Comprador	Descargar	Detalle
☐	3 PS 1302 2025 CRP-11887.pdf	3 PS 1302 2025 CRP-11887.pdf	Comprador	Descargar	Detalle
☐	4 PS 1302 2025 CRP-19568.pdf	4 PS 1302 2025 CRP-19568.pdf	Comprador	Descargar	Detalle
☐	COMUNICACION SUPERVISOR PS 1302 2025.pdf	COMUNICACION SUPERVISOR PS 1302 2025.pdf	Comprador	Descargar	Detalle
☐	PS 1302 2025 CUENTA DE COBRO MAYO 2025.pdf	PS 1302 2025 CUENTA DE COBRO MAYO 2025.pdf	Proveedor	Descargar	Detalle
☐	PS 1302 2025 CUENTA DE COBRO AGOSTO 2025.pdf	PS 1302 2025 CUENTA DE COBRO AGOSTO 2025.pdf	Proveedor	Descargar	Detalle
☐	PS 1302 2025 CUENTA DE COBRO SEPTIEMBRE 2025.pdf	PS 1302 2025 CUENTA DE COBRO SEPTIEMBRE 2025.pdf	Proveedor	Descargar	Detalle
☐	PS 1302 2025 CUENTA DE COBRO OCTUBRE 2025.pdf	PS 1302 2025 CUENTA DE COBRO OCTUBRE 2025.pdf	Proveedor	Descargar	Detalle
☐	PS 1302 2025 CUENTA DE COBRO JUNIO 2025.pdf	PS 1302 2025 CUENTA DE COBRO JUNIO 2025.pdf	Proveedor	Descargar	Detalle
☐	PS 1302 2025 CUENTA DE COBRO JULIO 2025.pdf	PS 1302 2025 CUENTA DE COBRO JULIO 2025.pdf	Proveedor	Descargar	Detalle
☐	PS 1302 2025 CUENTA DE COBRO ENERO 2025.PDF	PS 1302 2025 CUENTA DE COBRO ENERO 2025.PDF	Proveedor	Descargar	Detalle
☐	PS 1302 2025 CUENTA DECOBRO FEBRERO 2025.pdf	PS 1302 2025 CUENTA DECOBRO FEBRERO 2025.pdf	Proveedor	Descargar	Detalle
☐	PS 1302 2025 CUENTA DE COBRO FEBRERO 2025 ADICIONAL.PDF	PS 1302 2025 CUENTA DE COBRO FEBRERO 2025 ADICIONAL.PDF	Proveedor	Descargar	Detalle
☐	PS 1302 2025 CUENTA DE COBRO MARZO 2025.PDF	PS 1302 2025 CUENTA DE COBRO MARZO 2025.PDF	Proveedor	Descargar	Detalle
☐	PS 1302 2025 CUENTA DE COBRO ABRIL 20250001.pdf	PS 1302 2025 CUENTA DE COBRO ABRIL 20250001.pdf	Proveedor	Descargar	Detalle
☐	PS 1302 2025 CUENTA DE COBRO NOVIEMBRE 2025.pdf	PS 1302 2025 CUENTA DE COBRO NOVIEMBRE 2025.pdf	Proveedor	Descargar	Detalle

Borrar Cargar nuevo

Cancelar

< Evaluación de la Entidad Estatal >