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: (31-01-2026)					
NOMBRES Y APELLIDOS:	**DEISY PAOLA BOLIVAR GARCIA**			**CC:**	**1023925980**
CORREO ELECTRÓNICO:	**PAOLA272910@GMAIL.COM**			**TELÉFONO:**	**3507428637**
DIRECCIÓN DOMICILIO:	**KR 3 ESTE 43C 40 SUR**			**CIUDAD:**	**BOGOTA**
BANCO AL CUAL CONSIGNAR:	**BANCO DAVIVIENDA S.A.**	**TIPO DE CUENTA:**	**AHORROS**	**N° CUENTA:**	**008400766906**
DATOS DEL CONTRATO O ADICION Y PERIODO OBJETO DE PAGO					
Nº DEL CONTRATO:	**PS 4209 2025**	**VALOR CORRESPONDIENTE AL PERIODO OBJETO DE COBRO**			**$ 2.672.026**
FECHA DE INICIO CONTRATO	**2025/01/01**	**FECHA DE TERMINACIÓN CONTRATO:**			**2026/01/31**
PERIODO OBJETO DE COBRO:	**DEL 2026/01/01 AL 2026/01/31**				

DEISY PAOLA BOLIVAR GARCIA
PS_4209_2025_134720

NOMBRE Y FIRMA DEL CONTRATISTA:
DEISY PAOLA BOLIVAR GARCIA
CC: 1023925980
CEL: 3507428637

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			
DEISY PAOLA BOLIVAR GARCIA			
	CON C.C N°	**1.023.925.980**	
OBJETO DEL CONTRATO:	PRESTAR SERVICIOS COMO TECNICO 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 4209 2025**	**FECHA INICIO CONTRATO**	**2025/01/01**
VALOR INICIAL DEL CONTRATO	$ 8.016.078	**No. HORAS EJECUTADAS**	**0**
VALOR TOTAL DEL CONTRATO INCLUIDO ADICIONES:	$ 37.408.364	**VALOR DE HONORARIOS PERÍODO A CERTIFICAR:**	$ 2.672.026
PLAZO DEL CONTRATO INCLUYENDO PRORROGAS	TRECE (13) MESES		
UNIDAD FUNCIONAL DE EJECUCIÓN DE ACTIVIDADES:	HOSPITAL SANTA CLARA		
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	1. Realicé seguimiento a los ingresos asignados para su respectivo cierre 2. Realicé la verificación de los procedimientos, medicamentos, insumos y demas actividades registrados en la historia clínica contra lo cargado en los ingresos asignados 3. Verifiqué los soportes de autorizacion pestaña de requerimientos en el sistema de información DGH 4. Verifiqué el cargue y liquidación de los procedimientos registrados en la historia clínica para su respectivo cobro a la ERP 5. Revisé que las tarifas correspondan a lo contratado con las diferentes ERP 6. Informé y/o socialicé al profesional encargado las novedades presentadas durante el desarrollo de mis actividades 7. Revisé que los soportes de la cuenta trabajada estuviesen cargados en los diferentes aplicativos y/o herramientas de ayuda del sistema de información DGH reportando las novedades evidenciadas 8. Generé las facturas y/o registros de servicios de los pacientes asignados en el drive verificando (según aplique) el cargue de sus repectivos soportes en la pestaña de requerimientos del sistema de información DGH 9. Realicé las correcciones reportadas por los tecnologos auditores y/o profesional encargada 10. Apoyé los diferentes procesos del área en los momentos de contingencia, lentitud y/o caidas del sistema y bases de datos reportandole al profesional encargado 11. Asistí a dos reuniones programadas por el área y a las capacitaciones realizadas por el prupo de auditoria de cuentas

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 (2026-01-01) AL (2026-01-31)

IV. INFORMACIÓN DE APORTES A SEGURIDAD SOCIAL

No. DE PLANILLA:	N° 654927	OPERADOR:	MI PLANILLA
CONCEPTO DEL PAGO	ENTIDAD	FECHA DE PAGO	VALOR PAGADO
SALUD:	SALUD TOTAL	2026/01/02	$ 178.000
PENSIÓN:	PROTECCION	2026/01/02	$ 227.800
RIESGOS LABORALES:	SEGUROS BOLIVAR	2026/01/02	$ 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	*DEISY PAOLA BOLIVAR GARCIA* *PS_4209_2025_134720* **DEISY PAOLA BOLIVAR GARCIA** **CC: 1023925980**
FIRMA DE QUIEN VALIDA	*YAMILE CANO HERRERA* *PS_4209_2025_134720* **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_4209_2025_134720* **ANDRES FELIPE GUZMAN CRUZ** **SUPERVISOR DEL CONTRATO**

compensar | miplanilla.com

REPORTE RESUMEN DE PAGO

Información básica de la planilla

Empresa:	DEISY PAOLA BOLIVAR GARCIA	**NIT:**	1023925980
Tipo Planilla:	I	**Periodo liquidación Pensiones:**	diciembre 2025
Sucursal o Dependencia:	PRINCIPAL	**Periodo liquidación Salud:**	diciembre 2025
Número de Radicación:	654927	**Total a pagar:**	$469,000
Fecha de vencimiento:	21/01/2026	**Total de empleados:**	1
Fecha de Pago:	02/01/2026	**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:	BANCO DAVIVIENDA	**Número Autorización:**	2050793014
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
14-7	860002503	Cia. de Seguros Bolivar S.A.	1		$0	$34,700
230201	800229739	Proteccion (ING + Proteccion)	1		$0	$227,800
CCF22	860007336	Colsubsidio Caja de Compensacion Fliar	1		$0	$28,500
EPS002	800130907	Salud Total EPS	1		$0	$178,000
						$469,000

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

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

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		
☐	PS 4209 2025 CUENTA DE COBRO ENERO 2025.pdf	PS 4209 2025 CUENTA DE COBRO ENERO 2025.pdf	Proveedor	Descargar	Detalle
☐	PS 4209 2025 CUENTA DECOBRO FEBRERO 20250001.pdf	PS 4209 2025 CUENTA DECOBRO FEBRERO 20250001.pdf	Proveedor	Descargar	Detalle
☐	PS 4209 2025 CUENTA DE COBRO MARZO 2025.PDF	PS 4209 2025 CUENTA DE COBRO MARZO 2025.PDF	Proveedor	Descargar	Detalle
☐	PS4209 2025 CUENTA DE COBRO ABRIL 20250001.pdf	PS4209 2025 CUENTA DE COBRO ABRIL 20250001.pdf	Proveedor	Descargar	Detalle
☐	COMUNICACION SUPERVISOR PS 4209 2025.pdf	COMUNICACION SUPERVISOR PS 4209 2025.pdf	Comprador	Descargar	Detalle
☐	PS 4209 2025 CUENTA DE COBRO MAYO 2025.PDF.pdf	PS 4209 2025 CUENTA DE COBRO MAYO 2025.PDF.pdf	Proveedor	Descargar	Detalle
☐	PS 4209 2025 CUENTA DE COBRO JUNIO 2025.pdf	PS 4209 2025 CUENTA DE COBRO JUNIO 2025.pdf	Proveedor	Descargar	Detalle
☐	1 PS 4209 2025 CRP-7491.pdf	1 PS 4209 2025 CRP-7491.pdf	Comprador	Descargar	Detalle
☐	2 PS 4209 2025 CRP-12429.pdf	2 PS 4209 2025 CRP-12429.pdf	Comprador	Descargar	Detalle
☐	PS 4209 2025 CUENTA DE COBRO JULIO 2025.pdf	PS 4209 2025 CUENTA DE COBRO JULIO 2025.pdf	Proveedor	Descargar	Detalle
☐	3 PS 4209 2025 CRP-19646.pdf	3 PS 4209 2025 CRP-19646.pdf	Comprador	Descargar	Detalle
☐	PS 4209 2025 CUENTA DE COBRO AGOSTO 2025.pdf	PS 4209 2025 CUENTA DE COBRO AGOSTO 2025.pdf	Proveedor	Descargar	Detalle
☐	PS 4209 2025 CUENTA DE COBRO SEPTIEMBRE 2025.pdf	PS 4209 2025 CUENTA DE COBRO SEPTIEMBRE 2025.pdf	Proveedor	Descargar	Detalle
☐	PS 4209 2025 CUENTA DE COBRO OCTUBRE (2).pdf	PS 4209 2025 CUENTA DE COBRO OCTUBRE (2).pdf	Proveedor	Descargar	Detalle
☐	PS 4209 2025 CUENTA DE COBRO NOVIEMBRE 2025.pdf	PS 4209 2025 CUENTA DE COBRO NOVIEMBRE 2025.pdf	Proveedor	Descargar	Detalle
☐	PS 4209 2025 CUENTA DE COBRO DICIEMBRE 2025.pdf	PS 4209 2025 CUENTA DE COBRO DICIEMBRE 2025.pdf	Proveedor	Descargar	Detalle

Borrar Cargar nuevo

Cancelar

< Evaluación de la Entidad Estatal >