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:	**LINA JULIETH PICO HERNANDEZ**			**CC:**	**1013634029**
CORREO ELECTRÓNICO:	**LINAJULIETH202019@GMAIL.COM**			**TELÉFONO:**	**3104810810**
DIRECCIÓN DOMICILIO:	**KR 16 10A 26 SUR**			**CIUDAD:**	**BOGOTA**
BANCO AL CUAL CONSIGNAR:	**BANCO DAVIVIENDA S.A.**	**TIPO DE CUENTA:**	**AHORROS**	**N° CUENTA:**	**008380412406**
DATOS DEL CONTRATO O ADICION Y PERIODO OBJETO DE PAGO					
Nº DEL CONTRATO:	**PS 1411 2025**	**VALOR CORRESPONDIENTE AL PERIODO OBJETO DE COBRO**			**$ 3.143.560**
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**				

LINA JULIETH PICO HERNANDEZ
PS_1411_2025_773FCC

NOMBRE Y FIRMA DEL CONTRATISTA:
LINA JULIETH PICO HERNANDEZ
CC: 1013634029
CEL: 3104810810

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			
LINA JULIETH PICO HERNANDEZ			
	CON C.C N°	**1.013.634.029**	
OBJETO DEL CONTRATO:	PRESTAR SERVICIOS COMO TECNOLOGO 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 1411 2025**	**FECHA INICIO CONTRATO**	**2025/01/01**
VALOR INICIAL DEL CONTRATO	$ 9.430.680	**No. HORAS EJECUTADAS**	**0**
VALOR TOTAL DEL CONTRATO INCLUIDO ADICIONES:	$ 44.009.840	**VALOR DE HONORARIOS PERÍODO A CERTIFICAR:**	$ 3.143.560
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	Elaboré la programación de actividades y asigné las tareas a los tecnólogos de auditoría, soporte y refacturación. Seleccioné y distribuí entre el grupo de tecnólogos las facturas generadas durante el mes para su respectiva auditoría. Realicé acompañamiento diario y seguimiento concurrente a las actividades del equipo de auditoría, soporte y refacturación. Garanticé que el grupo de auditoría realizara la revisión de cuentas de alto monto, el reporte de inconsistencias de otros pagadores, las respuestas a los hallazgos reportados por RED UT (Imágenes diagnósticas), la respuesta de las solicitudes de soporte registradas en la Drive de soporte y la refacturación de facturas correspondientes a meses anteriores. Audité casos puntuales según requerimiento y necesidad. Asistí a las mesas de trabajo programadas por las áreas de Cuentas Médicas, Asistencial y Sistemas. Elaboré informes y realicé seguimiento continuo a las epicrisis pendientes de confirmación en el sistema DGH, reportando oportunamente al área asistencial. Realicé informes y seguimiento de los soportes de administración de medicamentos en el sistema DGH, con reporte al área asistencial. Elaboré los reportes de facturación de Mipres en hospitalización y urgencias en la plataforma Web Server. Reporté a los profesionales de apoyo los hallazgos en liquidación remitidos por el área de Autorizaciones. Gestioné y respondí oportunamente a las solicitudes realizadas por la referente de facturación. Revisé y di respuesta a los hallazgos de material de osteosíntesis emitidos por el área de Cuentas Médicas por pagar.

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° 92616576	OPERADOR:	MI PLANILLA

CONCEPTO DEL PAGO	ENTIDAD	FECHA DE PAGO	VALOR PAGADO
SALUD:	SANITAS	2026/01/26	$ 179.900
PENSIÓN:	COLPENSIONES	2026/01/26	$ 230.200
RIESGOS LABORALES:	SEGUROS BOLIVAR	2026/01/26	$ 35.100
OTRO			

TOTAL PAGADO	$ 445.200

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	*LINA JULIETH PICO HERNANDEZ* *PS_1411_2025_773FCC* **LINA JULIETH PICO HERNANDEZ** **CC: 1013634029**
FIRMA DE QUIEN VALIDA	*YAMILE CANO HERRERA* *PS_1411_2025_773FCC* **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_1411_2025_773FCC* **ANDRES FELIPE GUZMAN CRUZ** **SUPERVISOR DEL CONTRATO**

compensar | miplanilla.com

REPORTE RESUMEN DE PAGO

Información básica de la planilla

Empresa:	LINA JULIETH PICO HERNANDEZ	**NIT:**	1013634029
Tipo Planilla:	I	**Periodo liquidación Pensiones:**	diciembre 2025
Sucursal o Dependencia:	PRINCIPAL	**Periodo liquidación Salud:**	diciembre 2025
Número de Radicación:	92616576	**Total a pagar:**	$445,200
Fecha de vencimiento:	09/01/2026	**Total de empleados:**	1
Fecha de Pago:	26/01/2026	**Número de Administradoras:**	3

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:	NEQUI	**Número Autorización:**	5896926
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	$35,100
25-14	900336004	Administradora Colombiana de Pensiones -	1		$0	$230,200
EPS005	800251440	Sanitas EPS	1		$0	$179,900
						$445,200

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

Le informamos que el pago de la planilla No. 92616576, 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.

PAGADA

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 1411 2025 CUENTA DE COBRO ENERO 2025.pdf	PS 1411 2025 CUENTA DE COBRO ENERO 2025.pdf	Proveedor	Descargar	Detalle
☐	PS 1411 2025 CUENTA DECOBRO FEBRERO 20250001.pdf	PS 1411 2025 CUENTA DECOBRO FEBRERO 20250001.pdf	Proveedor	Descargar	Detalle
☐	PS 1411 2025 CUENTA DE COBRO MARZO 2025.PDF	PS 1411 2025 CUENTA DE COBRO MARZO 2025.PDF	Proveedor	Descargar	Detalle
☐	PS 1411 2025 CUENTA DE COBRO ABRIL 20250001.pdf	PS 1411 2025 CUENTA DE COBRO ABRIL 20250001.pdf	Proveedor	Descargar	Detalle
☐	COMUNICACION SUPERVISOR PS 1411 2025.pdf	COMUNICACION SUPERVISOR PS 1411 2025.pdf	Comprador	Descargar	Detalle
☐	1 PS 1411 2025 CRP-4565.pdf	1 PS 1411 2025 CRP-4565.pdf	Comprador	Descargar	Detalle
☐	2 PS 1411 2025 CRP-12013.pdf	2 PS 1411 2025 CRP-12013.pdf	Comprador	Descargar	Detalle
☐	PS 1411 2025 CUENTA DE COBRO MAYO 2025.pdf	PS 1411 2025 CUENTA DE COBRO MAYO 2025.pdf	Proveedor	Descargar	Detalle
☐	PS 1411 2025 CUENTA DE COBRO JUNIO 2025.pdf	PS 1411 2025 CUENTA DE COBRO JUNIO 2025.pdf	Proveedor	Descargar	Detalle
☐	PS 1411 2025 CUENTA DE COBRO JULIO 2025.pdf	PS 1411 2025 CUENTA DE COBRO JULIO 2025.pdf	Proveedor	Descargar	Detalle
☐	3 PS 1411 2025 CRP-19639.pdf	3 PS 1411 2025 CRP-19639.pdf	Comprador	Descargar	Detalle
☐	PS 1411 2025 CUENTA DE COBRO AGOSTO 2025.pdf	PS 1411 2025 CUENTA DE COBRO AGOSTO 2025.pdf	Proveedor	Descargar	Detalle
☐	PS 1411 2025 CUENTA DE COBRO SEPTIEMBRE 2025.pdf	PS 1411 2025 CUENTA DE COBRO SEPTIEMBRE 2025.pdf	Proveedor	Descargar	Detalle
☐	PS 1411 2025 CUENTA DE COBRO OCTUBRE 2025.pdf	PS 1411 2025 CUENTA DE COBRO OCTUBRE 2025.pdf	Proveedor	Descargar	Detalle
☐	PS 1411 2025 CUENTA DE COBRO NOVIEMBRE 2025.pdf	PS 1411 2025 CUENTA DE COBRO NOVIEMBRE 2025.pdf	Proveedor	Descargar	Detalle
☐	PS 1411 2025 CUENTA DE COBRO DICIEMBRE 2025.pdf	PS 1411 2025 CUENTA DE COBRO DICIEMBRE 2025.pdf	Proveedor	Descargar	Detalle

Borrar Cargar nuevo

Cancelar

< Evaluación de la Entidad Estatal >