

	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:	JULY NATHALIA CALDERON SANCHEZ			CC:	1012438799	
CORREO ELECTRÓNICO:	JULYNATHALIAC@GMAIL.COM			TELÉFONO:	3014867005	
DIRECCIÓN DOMICILIO:	CL 18 SUR 27 49			CIUDAD:	BOGOTA	
BANCO AL CUAL CONSIGNAR:	BANCO DAVIVIENDA S.A.	TIPO DE CUENTA:	AHORROS	N° CUENTA:	488411637769	
DATOS DEL CONTRATO O ADICION Y PERIODO OBJETO DE PAGO						
N° DEL CONTRATO:	PS 6122 2025	VALOR CORRESPONDIENTE AL PERIODO OBJETO DE COBRO		\$ 4.227.120		
FECHA DE INICIO CONTRATO	2025/08/04	FECHA DE TERMINACIÓN CONTRATO:		2026/01/31		
PERIODO OBJETO DE COBRO:	DEL 2026/01/01 AL 2026/01/31					
 JULY NATHALIA CALDERON SANCHEZ PS_6122_2025_08B087 NOMBRE Y FIRMA DEL CONTRATISTA: JULY NATHALIA CALDERON SANCHEZ CC: 1012438799 CEL: 3014867005						

CELEBRADO ENTRE LA SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E Y
JULY NATHALIA CALDERON SANCHEZ

CON C.C N° 1.012.438.799

OBJETO DEL CONTRATO:	PRESTAR SERVICIOS PROFESIONALES 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 6122 2025	FECHA INICIO CONTRATO	2025/08/04
---	--------------	-----------------------	------------

VALOR INICIAL DEL CONTRATO	\$ 4.227.120	No. HORAS EJECUTADAS	0
----------------------------	--------------	----------------------	---

VALOR TOTAL DEL CONTRATO INCLUIDO ADICIONES:	\$ 29.589.840	VALOR DE HONORARIOS PERÍODO A CERTIFICAR:	\$ 4.227.120
--	---------------	---	--------------

PLAZO DEL CONTRATO INCLUYENDO PRORROGAS	SEIS (6) MESES
---	----------------

UNIDAD FUNCIONAL DE EJECUCIÓN DE ACTIVIDADES:	SEDE ADMINISTRATIVA DIAGONAL 34
---	---------------------------------

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 realiza seguimiento, control y circularización de cartera a las Entidades responsables de pago asignadas.
2	Se realizo gestión de cobro de cartera y solicitud de soportes de pago no descargados, mediante herramientas y medios disponibles, para aplicación de traslados de saldos en el aplicativo Dinamica Gerencial
3	Elaboración de Notas credito por ajustes de miles de pesos.
4	Programación y cumplimiento de citas de conciliación de cartera que se deriven a la gestión de cobro de cartera a las entidades a cargo.
5	Asistencia y seguimiento a mesas de flujo de recursos programadas por la Superintendencia de Salud.
6	Hacer seguimiento a las diferentes mesas de trabajo para conciliación de glosas y devoluciones de los pagadores a cargo.
7	Organización y mantenimiento del archivo relacionado con las empresas asignadas de conformidad con las normas de gestión documental vigente.
8	Gestión a la respuesta de Cobro Coactivo de las empresas a cargo.
9	Organizar el archivo de las entidades
10	Dar respuesta a las diferentes solicitudes realizadas por parte de los diferentes entes de control, proponiendo estrategias y correctivos que se consideren convenientes para el mejoramiento del proceso y el logro de los objetivos institucionales
11	Realizar actas de de reunion
12	Asistencia a mesas de trabajo programadas para depuración de cartera con los responsables de pago a cargo.
13	Dar respuesta a las diferentes solicitudes realizadas por parte del jefe de area.

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° 2228746	OPERADOR:	MI PLANILLA
CONCEPTO DEL PAGO	ENTIDAD	FECHA DE PAGO	VALOR PAGADO
SALUD:	SALUD TOTAL	2026/01/06	\$ 211.353
PENSIÓN:	PORVENIR	2026/01/06	\$ 270.532

RIESGOS LABORALES:	POSITIVA	2026/01/06	\$ 41.188
OTRO			
TOTAL PAGADO			\$ 523.073
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 ningún 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	 JULY NATHALIA CALDERON SANCHEZ PS_6122_2025_08B087 JULY NATHALIA CALDERON SANCHEZ CC: 1012438799		
FIRMA DE QUIEN VALIDA	 GUSTAVO ADOLFO MARIN VELASQUEZ PS_6122_2025_08B087 GUSTAVO ADOLFO MARIN VELASQUEZ SUPERVISOR ALTERNO		
FIRMA DE QUIEN CONVALIDA EL CUMPLIMIENTO DE LAS OBLIGACIONES PARA EL PRESENTE PERIODO DE PAGO	 ANDRES FELIPE GUZMAN CRUZ PS_6122_2025_08B087 ANDRES FELIPE GUZMAN CRUZ SUPERVISOR DEL CONTRATO		