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: (28-02-2026)					
NOMBRES Y APELLIDOS:	**OLGA LUCIA DAZA MARTINEZ**			**CC:**	**52212853**
CORREO ELECTRÓNICO:	**OLGALU2416@GMAIL.COM**			**TELÉFONO:**	**3222636123**
DIRECCIÓN DOMICILIO:	**CL 28 SUR 37 91**			**CIUDAD:**	**BOGOTA**
BANCO AL CUAL CONSIGNAR:	**BANCO DAVIVIENDA S.A.**	**TIPO DE CUENTA:**	**AHORROS**	**N° CUENTA:**	**009000734260**
DATOS DEL CONTRATO O ADICION Y PERIODO OBJETO DE PAGO					
Nº DEL CONTRATO:	**PS 1891 2026**	**VALOR CORRESPONDIENTE AL PERIODO OBJETO DE COBRO**			**$ 2.963.220**
FECHA DE INICIO CONTRATO	**2026/02/03**	**FECHA DE TERMINACIÓN CONTRATO:**			**2026/05/31**
PERIODO OBJETO DE COBRO:	**DEL 2026/02/03 AL 2026/02/28**				

OLGA LUCIA DAZA MARTINEZ
PS_1891_2026_974D7B

NOMBRE Y FIRMA DEL CONTRATISTA:
OLGA LUCIA DAZA MARTINEZ
CC: 52212853
CEL: 3222636123

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			
OLGA LUCIA DAZA MARTINEZ			
CON C.C N°	**52.212.853**		
OBJETO DEL CONTRATO:	PRESTAR SERVICIOS COMO TECNOLOGO DE APOYO A LA GESTION III 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 1891 2026**	**FECHA INICIO CONTRATO**	**2026/02/03**
VALOR INICIAL DEL CONTRATO	$ 12.764.640	**No. HORAS EJECUTADAS**	**0**
VALOR TOTAL DEL CONTRATO INCLUIDO ADICIONES:	$ 12.764.640	**VALOR DE HONORARIOS PERÍODO A CERTIFICAR:**	$ 2.963.220
PLAZO DEL CONTRATO INCLUYENDO PRORROGAS	CUATRO (4) 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. Se revisaron y se clasificaron las devoluciones una vez recibidas, 2. Se analizaron las devoluciones iniciales y motivo de devoluciones donde se identificaron: administrativos y asistenciales. 3. Se priorizaron tiempos de respuesta para cumplir términos. 4. Se verificaron las devoluciones en el sistema de información y los aplicativos de consulta de los terceros los soportes administrativos o asistenciales para el trámite de respuesta de las devoluciones. 5. En caso de ausencia de soportes en el sistema de información se solicitaron al área correspondiente vía correo para dar respuesta completa a las devoluciones. 6. Se consolidaron los soportes y se elaboraron respuesta a respuesta a devoluciones en el sistema de información donde se debe analizar los soportes recibidos a partir del motivo de devolución. 7. Se realizo la justificación para dar respuesta con el argumento pertinente según sea el caso, de acuerdo con los códigos establecidos en la resolución de devoluciones del ministerio de salud. 8. Se realizaron las digitaciones de respuestas de devoluciones en sistema de información DGH a cada una de las causales emitidas por las entidades responsables de pago, garantizando la existencia de soportes y observaciones coherentes con motivos de devoluciones. 9. Se realizo la radicación de las respuestas de devoluciones a cada entidad según su modalidad y garantizado una carpeta por entidad con los soportes adjuntos que subsanen los motivos de devoluciones. (respuesta de devoluciones DGH, soportes y radicado ante la entidad), según directrices de gestión documental. 10. Se da respuesta a reiteraciones y adicional solicitar citas de conciliación por email y/o plataforma, hacer seguimiento a estados de facturas y saldos de los cruces contables antes de iniciar conciliación con los pagadores. 11. Se realizaron apoyo a conciliaciones con las EPS junto con los soportes que se requieran y asegurar al cierre de cada conciliación la verificación administrativa de facturas y valores conciliados. 12. Se brindo oportunamente informaciones y soporte solicitados que se quieran para el cumplimiento de entrega de información de acuerdo con los requerimientos de áreas externas o entes de control 13. Se prepararon y se presenta oportunamente formato informe y cuenta de cobro, relacionando actividades realizadas con sus respectivos soportes para dar cumplimiento a la obligación contractual. 14. Se archivaron documentos a cargo de acuerdo con términos establecidos por gestión documental. 15. Se asistió a las reuniones y capacitaciones programadas por el área. 16. Se realizaron las demás actividades relacionadas con el objeto contractual que asigne el supervisor de contrato. contenidas en el formato de necesidad de personal que hace parte integral del presente contrato 17. Se reportar al área de cartera la gestión pertinente de las facturas que presenten novedades y no permitan la recepción de las devoluciones.

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 (2026-02-03) AL (2026-02-28)

IV. INFORMACIÓN DE APORTES A SEGURIDAD SOCIAL

No. DE PLANILLA:	N° 44348311	OPERADOR:	MI PLANILLA

CONCEPTO DEL PAGO	ENTIDAD	FECHA DE PAGO	VALOR PAGADO
SALUD:	SANITAS	2026/02/11	$ 218.900
PENSIÓN:	COLFONDOS	2026/02/11	$ 280.200
RIESGOS LABORALES:	SEGUROS BOLIVAR	2026/02/11	$ 42.700
OTRO			
TOTAL PAGADO			$ 541.800

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	*OLGA LUCIA DAZA MARTINEZ* *PS_1891_2026_974D7B* **OLGA LUCIA DAZA MARTINEZ** **CC: 52212853**
FIRMA DE QUIEN CONVALIDA EL CUMPLIMIENTO DE LAS OBLIGACIONES PARA EL PRESENTE PERIODO DE PAGO	**ANDRES FELIPE GUZMAN CRUZ** **SUPERVISOR DEL CONTRATO**