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:	**VIVIANA MARIA GONZALEZ PINEDA**			**CC:**	**1015998870**
CORREO ELECTRÓNICO:	**viviss_gon33@hotmail.com**			**TELÉFONO:**	**3102803064**
DIRECCIÓN DOMICILIO:	**KR 7 C 151 81**			**CIUDAD:**	**BOGOTA**
BANCO AL CUAL CONSIGNAR:	**BANCO DE BOGOTA**	**TIPO DE CUENTA:**	**AHORROS**	**N° CUENTA:**	**092332774**
DATOS DEL CONTRATO O ADICION Y PERIODO OBJETO DE PAGO					
Nº DEL CONTRATO:	**PS 1724 2026**	**VALOR CORRESPONDIENTE AL PERIODO OBJETO DE COBRO**			**$ 5.194.373**
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**				

VIVIANA MARIA GONZALEZ PINEDA
PS_1724_2026_4A1A99

NOMBRE Y FIRMA DEL CONTRATISTA:
VIVIANA MARIA GONZALEZ PINEDA
CC: 1015998870
CEL: 3102803064

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			
VIVIANA MARIA GONZALEZ PINEDA			
	CON C.C N°	**1.015.998.870**	
OBJETO DEL CONTRATO:	PRESTAR SERVICIOS COMO PROFESIONAL ESPECIALIZADO 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 1724 2026**	**FECHA INICIO CONTRATO**	**2026/02/03**
VALOR INICIAL DEL CONTRATO	$ 22.375.760	**No. HORAS EJECUTADAS**	**0**
VALOR TOTAL DEL CONTRATO INCLUIDO ADICIONES:	$ 22.375.760	**VALOR DE HONORARIOS PERÍODO A CERTIFICAR:**	$ 5.194.373
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)**
	Durante el periodo reportado, se realizaron actividades de apoyo técnico, administrativo y de conciliación de cartera con el Fondo Financiero Distrital (FFD) y la EPS Sanitas, orientadas a la revisión, validación, organización documental y gestión de glosas, con el fin de lograr depuración de cartera y cierre efectivo de procesos conciliatorios. Las actividades desarrolladas fueron las siguientes: Revisión integral de archivos PNA e irregulares del Fondo Financiero Distrital (FFD): Se efectuó la validación detallada de los archivos correspondientes a cuentas PNA e irregulares remitidos por el FFD, verificando coherencia entre facturación, valores glosados, estados de aceptación y soportes clínicos y administrativos, con el fin de identificar inconsistencias y preparar información para conciliación. Seguimiento a Gestión y análisis del proceso de conciliación con EPS Sanitas: Se participó en la revisión de archivos de conciliación con EPS Sanitas, tanto del régimen contributivo como del subsidiado, evaluando los valores glosados, aceptados por la EPS y aceptados por la IPS, así como el cálculo de porcentajes de aceptación, con los siguientes resultados: Régimen Contributivo EPS Sanitas: Glosa total: $206.613.351 Valor aceptado por EPS: $205.269.569 Valor aceptado por IPS: $1.343.782 Porcentaje de aceptación: 1% Régimen Subsidiado EPS Sanitas: Glosa total: $122.470.950 Valor aceptado por EPS: $121.973.960 Valor aceptado por IPS: $496.990 Porcentaje de aceptación: 1% Se realizó seguimiento al estado de conciliación, dejando trazabilidad de los acuerdos alcanzados y valores conciliados y se realiza acta de prácticas indebidas y se envía a cartera Seguimiento a envío de archivos a la entidad: Se realizó el envío oficial del archivo consolidado y revisado a la entidad el día 07 de noviembre de 2025, para su respectiva revisión, validación y emisión de respuesta, dejando constancia del cumplimiento de los tiempos y requerimientos establecidos.

1	Revisión y gestión de archivos de irregulares FFD: Se llevó a cabo la revisión, análisis y organización de múltiples archivos de irregulares del FFD, correspondientes a las siguientes fechas y cortes: Archivo de irregulares marzo-2025 con 9 facturas por valor de $4167.161 Archivo OET marzo a noviembre 2024 con 10 facturas por valor de $ 5.374.174 Archivo irregulares marzo abril-2025 con 70 facturas por valor de $ 81.463.806 Archivo PNA 05/05/2025 con 14 facturas por valor de $ 36.027.518 Archivo PNA 03/05/2025 con 17 facturas por valor de $ 29.629.129 Archivo PNA 02/05/2025 con 1facturas por valor de $ 2048.079 Apoyo en revisión de factura SSCO0007521847 Cada archivo fue analizado individualmente para verificar valores, glosas aplicadas, pertinencia de servicios y correspondencia con soportes clínicos y administrativos para su respuesta Creación y organización de carpetas con soportes por factura: Se realizó la creación, depuración y organización de carpetas digitales, estructuradas por factura y por archivo revisado, incluyendo historias clínicas, órdenes médicas, soportes administrativos, respuestas a glosas y demás documentos requeridos por el FFD para la validación de cuentas. Gestión de carpetas fronterizos marzo 2025: Se efectuó la revisión, validación y organización documental de carpetas correspondientes a pacientes fronterizos del mes de marzo de 2025, asegurando la correcta clasificación y soporte de cada factura. Respuesta a glosas de pertinencia emitidas por el FFD: Se elaboró y gestionó la respuesta a glosas de pertinencia formuladas por el Fondo Financiero Distrital, sustentando técnica y administrativamente la facturación, y organizando los soportes requeridos para su radicación. Apoyo permanente a analistas de cartera y glosas: Se brindó respuesta a correos electrónicos y requerimientos de apoyo técnico realizados por las analistas Carolina Duarte, relacionados con revisión de archivos, aclaración de inconsistencias, envío de soportes y seguimiento a procesos de conciliación e irregulares. Conciliación diaria con FFD Revisión y firma de actas posterior a conciliación Conciliación cajacopi por monto de $ 210.000.000 , envio de notas credito y gestión de correo a cartera

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° 1079581599	OPERADOR:	SIMPLE
CONCEPTO DEL PAGO	ENTIDAD	FECHA DE PAGO	VALOR PAGADO
SALUD:	SANITAS	2026/02/11	$ 275.600

PENSIÓN:	COLPENSIONES	2026/02/11	$ 352.700
RIESGOS LABORALES:	SURA	2026/02/11	$ 53.700
OTRO			
TOTAL PAGADO			$ 682.000

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	*VIVIANA MARIA GONZALEZ PINEDA* *PS_1724_2026_4A1A99* **VIVIANA MARIA GONZALEZ PINEDA** **CC: 1015998870**
FIRMA DE QUIEN VALIDA	*NORMA JOHANA TRIANA RODRÍGUEZ* *PS_1724_2026_4A1A99* **NORMA JOHANA TRIANA RODRÍGUEZ** **SUPERVISOR ALTERNO**
FIRMA DE QUIEN CONVALIDA EL CUMPLIMIENTO DE LAS OBLIGACIONES PARA EL PRESENTE PERIODO DE PAGO	*ANDRES FELIPE GUZMAN CRUZ* *PS_1724_2026_4A1A99* **ANDRES FELIPE GUZMAN CRUZ** **SUPERVISOR DEL CONTRATO**

PAGOSIMPLE | REPORTE INDIVIDUAL

Fecha creación reporte 2026-02-13, 09:09:13 AM **Tipo Planilla** I **Número Planilla** 1079581599

Periodo Cotización 202601 **Periodo Servicio** 202601

Cliente:

PAGADA 2026-02-11

I. DATOS DEL APORTANTE

Razón Social	VIVIANA MARIA GONZALEZ PINEDA				
Documento	CC 1015998870	**Dirección**	CLL 21 97 69		
Tipo de Empresa	INDEPENDIENTE	**Teléfono**	7150685		
Tipo Persona	NATURAL	**Forma Presentación**	ÚNICO	**Total Afiliados**	1
Ciudad	BOGOTA D.C.	**Departamento**	BOGOTA D.C.		
Representante Legal		**Identificación**			

II. DATOS DEL AFILIADO

Documento	CC 1015998870		Residente		Exonerado	N	**Apellidos y Nombres**	**Código Ciudad - Departamento**	**Centro de Trabajo**	**Ubicación Laboral**
Tipo Cotizante	57	00					GONZALEZ PINEDA VIVIANA MARIA	11001000 - 11		BOGOTA D.C.

III. APORTE POR CADA UNA DE LAS ADMINISTRADORAS ASOCIADAS AL AFILIADO:

Novedades																					Extranjero	Tipo salario	Salario	Pensión							Salud						Riesgos					Caja				Parafiscales			
ING	RET	TDE	TAE	TDP	TAP	VSP	COR	VST	SLN	IGE	LMA	VAC	AVP	VCT	IRP	Días AFP	Días EPS	Días ARP	Días CCF				Código AFP	Código Tras. AFP	Tarifa AFP	IBC	Total Aporte AFP	Total Aporte FSP	Total Aporte FSPS	Código EPS	Código Tras. EPS	Tarifa EPS	IBC EPS	Aporte Salud	Aporte UPC	Código ARL	Clase Riesgo	Tarifa ARL	IBC ARL	Aporte Riesgos	Código CCF	Tarifa CCF	IBC CCF	Aporte Caja	Tarifa SENA	Aporte SENA	Tarifa ICBF	Aporte ICBF
															0	30	30	30	0			$ 2.204.200	25-14		16 %	$ 2.204.200	$ 352.700	$ 0	$ 0	EPS005		12,5 %	$ 2.204.200	$ 275.600	$ 0	14-11	3	2,436 %	$ 2.204.200	$ 53.700	NIN-CC	0 %	$ 0	$ 0	0 %	$ 0	0 %	$ 0

IV.TOTALES

Total Aportes Pensión	Total Aportes FSP	Total Aportes FSPS	Total Aportes Salud	Total Aportes Riesgos	Total Aportes Cajas	Total Aportes SENA	Total Aportes ICBF	Total Aportes ESAP	Total Aportes MEN	Total Final
COLPENSIONES	FSP SOLIDARIDAD	FSP SUBSISTENCIA	EPS SANITAS	ARL SURA	NINGUNA CCF	SENA	ICBF	ESAP	MEN	
$ 352.700	$ 0	$ 0	$ 275.600	$ 53.700	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 682.000

Líneas de Servicio FonoSIMPLE: Bogotá 601 4446634 - Cali: 602 5540577 - Medellín: 604 5146669 - Bucaramanga: 607 6438000 - Cartagena: 605 6945444 - Pereira: 606 3402582 - Barranquilla: 605 3618850 - Resto del País: 018000 971 971 - ¡Más que Fácil, SIMPLE!

¡El Poder de lo SIMPLE!