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: (31-07-2026)					
NOMBRES Y APELLIDOS:	**ANYELA MARCELA TUMAY MENDOZA**			**CC:**	**52371681**
CORREO ELECTRÓNICO:	**ANYTUMY@GMAIL.COM**			**TELÉFONO:**	**3002690847**
DIRECCIÓN DOMICILIO:	**CL 2 91 11**			**CIUDAD:**	**BOGOTA**
BANCO AL CUAL CONSIGNAR:	**BANCO DAVIVIENDA S.A.**	**TIPO DE CUENTA:**	**AHORROS**	**N° CUENTA:**	**009270306351**
DATOS DEL CONTRATO O ADICION Y PERIODO OBJETO DE PAGO					
Nº DEL CONTRATO:	**PS 3103 2026**	**VALOR CORRESPONDIENTE AL PERIODO OBJETO DE COBRO**			**$ 263.491**
FECHA DE INICIO CONTRATO	**2026/02/03**	**FECHA DE TERMINACIÓN CONTRATO:**			**2026/07/31**
PERIODO OBJETO DE COBRO:	**DEL 2026/07/01 AL 2026/07/02**				

ANYELA MARCELA TUMAY MENDOZA
PS_3103_2026_B2577A

NOMBRE Y FIRMA DEL CONTRATISTA:
ANYELA MARCELA TUMAY MENDOZA
CC: 52371681
CEL: 3002690847

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			
ANYELA MARCELA TUMAY MENDOZA			
	CON C.C N°	**52.371.681**	
OBJETO DEL CONTRATO:	PRESTAR SERVICIOS COMO PROFESIONAL UNIVERSITARIO IV 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 3103 2026**	**FECHA INICIO CONTRATO**	**2026/02/03**
VALOR INICIAL DEL CONTRATO	$ 15.809.440	**No. HORAS EJECUTADAS**	**0**
VALOR TOTAL DEL CONTRATO INCLUIDO ADICIONES:	$ 23.714.160	**VALOR DE HONORARIOS PERÍODO A CERTIFICAR:**	$ 263.491
PLAZO DEL CONTRATO INCLUYENDO PRORROGAS	SEIS (6) 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	Se realiza gestión de la cartera de las EPS y entes territoriales del cobro para recaudo de los valores libres para pago, con evidencia en correo electrónico conciliacioncartera5@subredcentrooriente.gov.co.
2	Se realiza actualización de la matriz de saldos de procesos de cobro coactivo de entidades asignadas, con evidencia de entrega en correo electrónico conciliacioncartera5@subredcentrooriente.gov.co.
3	Se realiza seguimiento, reporte a la circularización de cartera de las entidades asignadas con saldo (reporte con corte trimestral) evidencia en correo electrónico conciliacioncartera5@subredcentrooriente.gov.co.
4	Se realiza gestión de cobro y solicitud de soportes pago a las EPS y entes territoriales de valores girados mediente herramientas electronicas y medios disponibles (EPS Capresoca-Salud Total) correo electrónico conciliacioncartera5@subredcentrooriente.gov.co.
5	Se realiza programación de citas con las entes territoriales de acuerdo a Cronograma
6	Se realiza gestión y trámite de correspondencia de acuerdo a requerimientos con la EPS y Entes territoriales. Evidencia en correo electronico conciliacioncartera5@subredcentrooriente.gov.co
7	Se realiza trámites mediante cruces ,aplicación de pagos o procesos de cobro de jurídico, se entregan certificaciones actualizadas para proceso
8	Se gestiona visita de acuerdo al cronograma con la entidad.
9	Se realiza recepción de radicados de acuerdo a las entidades asignadas, consolidando físicos para el archivo según gestión.(Capresoca-Salud Total, Entes)
10	Se realiza actualización de los informes del área y de los procesos gestión y trámite de cartera, así como el tramité realizado antes varios entes de salud de orden departamental. Evidencia en correo electrónico conciliacioncartera5@subredcentrooriente.gov.co
11	Se dará cumplimiento al momento de la terminación del contrato o finalizacion de actividades.
12	Se realiza actividad según programación o directriz del líder del proceso

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 (2026-07-01) AL (2026-07-02)

IV. INFORMACIÓN DE APORTES A SEGURIDAD SOCIAL

No. DE PLANILLA:	N° 93437289	OPERADOR:	MI PLANILLA

CONCEPTO DEL PAGO	ENTIDAD	FECHA DE PAGO	VALOR PAGADO
SALUD:	SANITAS	2026/07/10	$ 218.861
PENSIÓN:	COLPENSIONES	2026/07/10	$ 280.142
RIESGOS LABORALES:	SEGUROS BOLIVAR	2026/07/10	$ 42.651
OTRO			
TOTAL PAGADO			$ 541.654

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	*ANYELA MARCELA TUMAY MENDOZA* *PS_3103_2026_B2577A* **ANYELA MARCELA TUMAY MENDOZA** **CC: 52371681**
FIRMA DE QUIEN VALIDA	*GUSTAVO ADOLFO MARIN VELASQUEZ* *PS_3103_2026_B2577A* **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_3103_2026_B2577A* **ANDRES FELIPE GUZMAN CRUZ** **SUPERVISOR DEL CONTRATO**