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:	**YESSICA YERALDIN ORTIZ LEAL**			**CC:**	**1023928386**
CORREO ELECTRÓNICO:	**YSIK627@GMAIL.COM**			**TELÉFONO:**	**3142866583**
DIRECCIÓN DOMICILIO:	**CL 27B SUR 9B 10 ESTE**			**CIUDAD:**	**BOGOTA**
BANCO AL CUAL CONSIGNAR:	**BANCOLOMBIA**	**TIPO DE CUENTA:**	**AHORROS**	**N° CUENTA:**	**17100001262**
DATOS DEL CONTRATO O ADICION Y PERIODO OBJETO DE PAGO					
Nº DEL CONTRATO:	**PS 1887 2026**	**VALOR CORRESPONDIENTE AL PERIODO OBJETO DE COBRO**			**$ 3.191.160**
FECHA DE INICIO CONTRATO	**2026/02/02**	**FECHA DE TERMINACIÓN CONTRATO:**			**2026/07/31**
PERIODO OBJETO DE COBRO:	**DEL 2026/07/01 AL 2026/07/31**				

YESSICA YERALDIN ORTIZ LEAL
PS_1887_2026_1BFBF9

NOMBRE Y FIRMA DEL CONTRATISTA:
YESSICA YERALDIN ORTIZ LEAL
CC: 1023928386
CEL: 3142866583

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			
YESSICA YERALDIN ORTIZ LEAL			
	CON C.C N°	**1.023.928.386**	
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 1887 2026**	**FECHA INICIO CONTRATO**	**2026/02/02**
VALOR INICIAL DEL CONTRATO	$ 12.764.640	**No. HORAS EJECUTADAS**	**0**
VALOR TOTAL DEL CONTRATO INCLUIDO ADICIONES:	$ 19.146.960	**VALOR DE HONORARIOS PERÍODO A CERTIFICAR:**	$ 3.191.160
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.REVISAR Y CLASIFICAR LAS DEVOLUCIONES UNA VEZ RECIBIDAS, 2. ANALIZANDO LA DEVOLUCION INICIAL Y MOTIVO DE DEVOLUCION DONDE SE IDENTIFICA: ADMINISTRATIVO Y ASISTENCIAL. 3. PRIORIZAR TIEMPOS DE RESPUESTA PARA CUMPLIR TERMINOS. 4. VERIFICAR EN EL SISTEMA DE INFORMACION Y LOS APLICATIVOS DE CONSULTA DE LOS TERCEROS LOS SOPORTES ADMINISTRATIVOS O ASISTENCIALES PARA EL TRAMITE DE RESPUESTA DE LAS DEVOLUCIONES. 5. EN CASO DE AUSENCIA DE SOPORTESEN EL SISTEMA DE INFORMACION SOLICITAR AL AREA CORRESPONDIENTE VIA CORREO PARA DAR RESPUESTA COMPLETA A LAS DEVOLUCIONES 6. CONSOLIDAR LOS SOPORTES Y ELABORAR RESPUESTA A RESPUESTA A DEVOLUCIONES EN EL SISTEMA DE INFORMACION DONDE SE DEBE ANALIZAR LOS SOPORTES RECIBIDOS A PARTIR DEL MOTIVO DE DEVOLUCION. 7. DAR JUSTIFICACION CON EL ARGUMENTO PERTINENTE SEGUN SEA EL CASO, DE ACUERDO A LOS CODIGOS ESTABLECIDOS EN LA RESOLUCION DE DEVOLUCIONES DEL MINISTERIO DE SALUD. 8. DIGITACION DE RESPUESTA DE DEVOLUCIONES EN SISTEMA DE INFORMACION 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. RADICAR RESPUESTA DE DEVOLUCIONES A CADA ENTIDAD SEGUN SU MODALIDAD Y GARANTIZAR UNA CARPETA POR ENTIDAD CON LOS SOPORTES ADJUNTOS QUE SUBSANEN LOS MOTIVOS DE DEVOLUCIONES. (RESPUESTA DE DEVOLUCIONES DHG, SOPORTES Y RADICADO ANTE LA ENTIDAD), SEGUN DIRECTRICES DE GESTION DOCUMENTAL. 10. DAR RESPUESTA A REITERACIONES Y ADICIONAL SOLICITAR CITAS DE CONCILIACION POR EMAIL Y/O PLATAFORMA, HACER SEGUIMIENTO A ESTADOS DE FACTURAS Y SALDOS DE LOS CRUCES CONTABLES ANTES DE INICIAR CONCILIACION CON LOS PAGADORES. 11. APOYAR CONCILIACIONES CON LOS SOPORTES QUE SE REQUIERAN Y ASEGURAR AL CIERRE DE CADA CONCILIACION LA VERIFICACION ADMINISTRATIVA DE FACTURAS Y VALORES CONCILIADOS. 12. BRINDAR OPORTUNAMENTE INFORMACION Y SOPORTES SOLICITADOS QUE SE QUIERAN PARA EL CUMPLIMIENTO DE ENTREGA DE INFORMACION DE ACUERDO A LOS REQUERIMIENTOS DE AREAS EXTERNAS O ENTES DE CONTROL 13. PREPARAR Y PRESENTAR OPORTUNAMENTE FORMATO INFORME Y CUENTA DE COBRO, RELACIONANDO ACTIVIDADES REALIZADAS CON SUS RESPECTIVOS SOPORTES PARA DAR CUMPLIMIENTO A LA OBLIGACION CONTRACTUAL.

1	14. ARCHIVAR DOCUMENTOS A CARGO DE ACUERDO A TERMINOS ESTABLECIDOS POR GESTION DOCUMENTAL. 15. ASISTIR A LAS REUNIONES Y CAPACITACIONES PROGRAMADAS POR EL AREA. 16. REALIZAR LAS DEMAS 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. REPORTAR AL AREA DE CARTERA LA GESTION PERTINENTE DE LAS FACTURAS QUE PRESENTEN NOVEDADES Y NO PERMITAN LA RECEPCION 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 (2026-07-01) AL (2026-07-31)

IV. INFORMACIÓN DE APORTES A SEGURIDAD SOCIAL

No. DE PLANILLA:	N° 93326819	OPERADOR:	MI PLANILLA

CONCEPTO DEL PAGO	ENTIDAD	FECHA DE PAGO	VALOR PAGADO
SALUD:	SANITAS	2026/07/10	$ 218.900
PENSIÓN:	PORVENIR	2026/07/10	$ 280.200
RIESGOS LABORALES:	SEGUROS BOLIVAR	2026/07/10	$ 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	*YESSICA YERALDIN ORTIZ LEAL* *PS_1887_2026_1BFBF9* **YESSICA YERALDIN ORTIZ LEAL** **CC: 1023928386**
FIRMA DE QUIEN VALIDA	*YAMILE CANO HERRERA* *PS_1887_2026_1BFBF9* **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_1887_2026_1BFBF9* **ANDRES FELIPE GUZMAN CRUZ** **SUPERVISOR DEL CONTRATO**