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:	**JENNY ALEXANDRA REYES CURREA**			**CC:**	**1024543197**
CORREO ELECTRÓNICO:	**JENNYALEXANDRAREYESC@GMAIL.COM**			**TELÉFONO:**	**3165832521**
DIRECCIÓN DOMICILIO:	**TV 63 68F 27 SUR**			**CIUDAD:**	**BOGOTA**
BANCO AL CUAL CONSIGNAR:	**BBVA COLOMBIA**	**TIPO DE CUENTA:**	**AHORROS**	**N° CUENTA:**	**0272121773**
DATOS DEL CONTRATO O ADICION Y PERIODO OBJETO DE PAGO					
Nº DEL CONTRATO:	**PS 1782 2026**	**VALOR CORRESPONDIENTE AL PERIODO OBJETO DE COBRO**			**$ 2.428.120**
FECHA DE INICIO CONTRATO	**2026/02/03**	**FECHA DE TERMINACIÓN CONTRATO:**			**2026/07/31**
PERIODO OBJETO DE COBRO:	**DEL 2026/07/01 AL 2026/07/31**				

JENNY ALEXANDRA REYES CURREA
PS_1782_2026_096B23

NOMBRE Y FIRMA DEL CONTRATISTA:
JENNY ALEXANDRA REYES CURREA
CC: 1024543197
CEL: 3165832521

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			
JENNY ALEXANDRA REYES CURREA			
	CON C.C N°	**1.024.543.197**	
OBJETO DEL CONTRATO:	PRESTAR SERVICIOS COMO BACHILLER APOYO A LA GESTION II 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 1782 2026**	**FECHA INICIO CONTRATO**	**2026/02/03**
VALOR INICIAL DEL CONTRATO	$ 9.712.480	**No. HORAS EJECUTADAS**	**0**
VALOR TOTAL DEL CONTRATO INCLUIDO ADICIONES:	$ 14.568.720	**VALOR DE HONORARIOS PERÍODO A CERTIFICAR:**	$ 2.428.120
PLAZO DEL CONTRATO INCLUYENDO PRORROGAS	SEIS (6) MESES		
UNIDAD FUNCIONAL DE EJECUCIÓN DE ACTIVIDADES:	HOSPITAL JORGE ELIECER GAITAN		
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	Durante el periodo de junio desempeñé mis funciones en el servicio de hospitalización, manejando cuentas de urgencias Observación (posterior a 24 horas) y Hospitalización hasta 7 días, dando cumplimiento a las actividades asignadas dentro del objeto contractual, de acuerdo con los procesos institucionales y la normatividad vigente. En el desarrollo de mis funciones realicé el egreso oportuno de los pacientes en el sistema de información, verificando la afiliación y los derechos frente al Sistema General de Seguridad Social en Salud cuando fue requerido, así como la actualización de los datos personales y del acudiente para garantizar la calidad y confiabilidad de la información registrada. Recepcioné, registré y confirmé las órdenes de servicio correspondientes a los pacientes atendidos en los servicios asignados. Asimismo, efectué la revisión de las cuentas frente a la historia clínica, verificando que los procedimientos, actividades e insumos prestados quedaran correctamente registrados y confirmados en el sistema de información para garantizar una adecuada facturación. Verifiqué y adjunté los soportes requeridos para la facturación, incluyendo tecnologías financiadas mediante MIPRES cuando aplicó, autorizaciones emitidas por las entidades responsables de pago y demás soportes asistenciales generados durante la atención, tales como órdenes de salida, electrocardiogramas, hojas de gastos, registros de medicamentos, monitorías, banco de sangre, récord de anestesia y demás documentos necesarios para el cierre de la cuenta. Realicé el egreso oportuno de los pacientes una vez fue emitida la orden de salida por el equipo asistencial, generando la documentación correspondiente en el sistema de información y asegurando el archivo de los soportes establecidos por la institución. Elaboré la facturación de los pacientes atendidos en el servicio de hospitalización con cuentas de Urgencias y Observación (mayor a 24 horas)y Hospitalización hasta siete (7) días, de acuerdo con la atención prestada. Cuando correspondió, registré las prefacturas de eventos de alto costo y los ingresos superiores a siete (7) días en los drives institucionales para su respectiva revisión por las áreas competentes, asignando los casos al grupo de Central de Liquidación según el procedimiento establecido. Realicé las actividades relacionadas con recaudo, registro de copagos, cuotas de recuperación, abonos, legalización de pagos, diligenciamiento de pagarés y cierre de caja cuando fueron requeridas dentro del desarrollo de mis funciones, cumpliendo los lineamientos establecidos por el área de Tesorería. Atendí de manera oportuna las devoluciones efectuadas por el área de análisis de cuentas, realizando las correcciones correspondientes dentro de los tiempos establecidos. Asimismo, brindé apoyo en los planes de contingencia cuando se presentaron indisponibilidades del sistema de información o de las bases de datos institucionales. Mantuve actualización permanente sobre la normatividad vigente aplicable al Sistema General de Seguridad Social en Salud (SGSSS), participé en las reuniones y capacitaciones programadas por la institución. En general, desarrollé las actividades propias de mi cargo con responsabilidad, oportunidad y apego a los procedimientos institucionales, contribuyendo al adecuado proceso de admisión, registro, facturación y cierre administrativo de los pacientes atendidos.

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° 1082791306	OPERADOR:	SIMPLE

CONCEPTO DEL PAGO	ENTIDAD	FECHA DE PAGO	VALOR PAGADO
SALUD:	FAMISANAR	2026/07/13	$ 218.900
PENSIÓN:	COLFONDOS	2026/07/13	$ 280.200
RIESGOS LABORALES:	POSITIVA	2026/07/13	$ 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	*JENNY ALEXANDRA REYES CURREA* *PS_1782_2026_096B23* **JENNY ALEXANDRA REYES CURREA** **CC: 1024543197**
FIRMA DE QUIEN VALIDA	*YAMILE CANO HERRERA* *PS_1782_2026_096B23* **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_1782_2026_096B23* **ANDRES FELIPE GUZMAN CRUZ** **SUPERVISOR DEL CONTRATO**