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: (31-08-2026)					
NOMBRES Y APELLIDOS:	**JAZMIN LUCIA LEAL SUAREZ**			**CC:**	**52773127**
CORREO ELECTRÓNICO:	**JAZMINLEAL2023@GMAIL.COM**			**TELÉFONO:**	**3202499886**
DIRECCIÓN DOMICILIO:	**CL 138C SUR 14 18**			**CIUDAD:**	**BOGOTA**
BANCO AL CUAL CONSIGNAR:	**BANCO CAJA SOCIAL**	**TIPO DE CUENTA:**	**AHORROS**	**N° CUENTA:**	**24136494036**
DATOS DEL CONTRATO O ADICION Y PERIODO OBJETO DE PAGO					
Nº DEL CONTRATO:	**PS 1828 2026**	**VALOR CORRESPONDIENTE AL PERIODO OBJETO DE COBRO**			**$ 2.428.120**
FECHA DE INICIO CONTRATO	**2026/02/02**	**FECHA DE TERMINACIÓN CONTRATO:**			**2026/08/31**
PERIODO OBJETO DE COBRO:	**DEL 2026/08/01 AL 2026/08/31**				

JAZMIN LUCIA LEAL SUAREZ
PS_1828_2026_1D9976

NOMBRE Y FIRMA DEL CONTRATISTA:
JAZMIN LUCIA LEAL SUAREZ
CC: 52773127
CEL: 3202499886

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			
JAZMIN LUCIA LEAL SUAREZ			
	CON C.C N°	**52.773.127**	
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 1828 2026**	**FECHA INICIO CONTRATO**	**2026/02/02**
VALOR INICIAL DEL CONTRATO	$ 9.712.480	**No. HORAS EJECUTADAS**	**0**
VALOR TOTAL DEL CONTRATO INCLUIDO ADICIONES:	$ 16.996.840	**VALOR DE HONORARIOS PERÍODO A CERTIFICAR:**	$ 2.428.120
PLAZO DEL CONTRATO INCLUYENDO PRORROGAS	SIETE (7) MESES		
UNIDAD FUNCIONAL DE EJECUCIÓN DE ACTIVIDADES:	CENTRO DE SALUD CHIRCALES		
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. Admití en el sistema de información a los pacientes que ingresaron por el servicio de urgencias y ventanillas de hospitalización (en unidades donde no hay admisionista). 2. Verifiqué los derechos del paciente frente a la seguridad social o afiliación del usuario (en unidades donde no hay admisionista). 3. Actualicé los datos personales del usuario y los datos del acudiente en el sistema de información. 4. Reporté por correo electrónico al área de Trabajo Social cuando se presentó dificultad en la identificación del paciente que se encontraba en atención médica en el servicio de urgencias. 5. Revisé la respuesta y los soportes emitidos por parte del área de Trabajo Social (Participación Social y Atención al Usuario) en cuanto a la identificación o clasificación del paciente. 6. Recepcioné, me encargué de registrar y confirmé las órdenes de servicio de la consulta o la observación de urgencias. 7. Revisé el estado de cuenta del paciente contra la historia clínica, y verifiqué que se encontraran todas las actividades y procedimientos realizados en estado registrado y confirmado en el sistema de información, garantizando el cobro dentro de la factura electrónica de venta o registro de servicios. 8. Verifiqué y adjunté los soportes de tecnologías no incluidas en el Plan de Beneficios reportadas al ente respectivo (MIPRES). 9. Verifiqué y adjunté el soporte entregado por el área de autorizaciones de trámite según el acuerdo de voluntades y la normatividad vigente. 10. Egresé oportunamente a los pacientes del sistema de información, una vez se notificó la orden de salida por parte del área asistencial. 11. Registré en el Drive de auditoría de montos altos las prefacturas de evento superiores a 20 millones de pesos para su respectiva revisión y aval. 12. Generé la orden de salida en el sistema de información, firmé y entregué copia al usuario y posteriormente la subí a la carpeta de requerimientos. 13. Verifiqué y adjunté los soportes manuales generados en la prestación de servicios al sistema de información DGH (orden de salida, soportes como: electrocardiograma, banco de sangre, monitorías, hojas de gasto, récord de anestesia, aplicación de medicamentos, etc.). 14. Elaboré la factura de los pacientes de urgencias y observación y el recibo de caja oportunamente, de acuerdo con la atención prestada al paciente, el acuerdo de voluntades y la normatividad vigente. 15. Legalicé el dinero recibido por concepto de copago o cuota de recuperación que realizaron los usuarios, en el sistema de información y ante el área de Tesorería. 16. Diligencié la solicitud de crédito, el formato de pagaré y verifiqué el registro de la información suministrada por el usuario; asimismo, soporté y entregué los pagarés generados dentro del tiempo establecido según el instructivo del área de Tesorería. 17. Recibí e ingresé los abonos que realizaron los usuarios o pacientes por concepto de pagarés. 18. Realicé el cierre de caja, arqueo y entrega de los soportes respectivos, según el instructivo del área de Tesorería. 19. Entregué las facturas generadas a diario, soportadas y organizadas de acuerdo con los procesos y procedimientos del área. 20. Corregí, dentro de las 48 horas siguientes a su recepción, las devoluciones realizadas por el analista de cuentas. 21. Brindé el apoyo necesario y realicé planes de contingencia en el momento en que no se contó con el sistema de información y/o bases de datos afines. 22. Registré en el Drive de liquidación los ingresos superiores a 7 días de estancia para su respectiva revisión y generación de factura. 23. Asigné los ingresos registrados en el Drive de liquidación al grupo de Central de Liquidación. 24. Realicé la actualización en cuanto a la normatividad vigente en el SGSSS. 25. Realicé las demás actividades relacionadas con el objeto contractual que me fueron asignadas por el supervisor del contrato. 26. Participé en todas las reuniones y capacitaciones programadas por la Subred. 27. Realicé acompañamiento y capacitación al talento humano según me fue designado. 28. Acepté, con la firma del contrato, que al momento de entregar el dinero recaudado en la ventanilla, de presentar alguna diferencia o ausenci

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 (2026-08-01) AL (2026-08-31)

IV. INFORMACIÓN DE APORTES A SEGURIDAD SOCIAL

No. DE PLANILLA:	N° 1083553838	OPERADOR:	SIMPLE

CONCEPTO DEL PAGO	ENTIDAD	FECHA DE PAGO	VALOR PAGADO
SALUD:	SANITAS	2026/08/11	$ 246.100
PENSIÓN:	PORVENIR	2026/08/11	$ 315.000
RIESGOS LABORALES:	SURA	2026/08/11	$ 48.000
OTRO			
TOTAL PAGADO			$ 609.100

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	*JAZMIN LUCIA LEAL SUAREZ* *PS_1828_2026_1D9976* **JAZMIN LUCIA LEAL SUAREZ** **CC: 52773127**
FIRMA DE QUIEN VALIDA	*YURLEY MARIA ALVAREZ HOYOS* *PS_1828_2026_1D9976* **YURLEY MARIA ALVAREZ HOYOS** **SUPERVISOR ALTERNO**
FIRMA DE QUIEN CONVALIDA EL CUMPLIMIENTO DE LAS OBLIGACIONES PARA EL PRESENTE PERIODO DE PAGO	*ANDRES FELIPE GUZMAN CRUZ* *PS_1828_2026_1D9976* **ANDRES FELIPE GUZMAN CRUZ** **SUPERVISOR DEL CONTRATO**

PAGOSIMPLE | AUTOLIQUIDACION CONSOLIDADA

Fecha creación reporte: 2026-09-14, 04:56:42 AM **Tipo Planilla:** I: PLANILLA INDEPENDIENTES **Numéro Planilla:** 1084330316

Periodo Cotización: agosto de 2026 **Periodo Servicio:** agosto de 2026 **Referencia pago (PIN):** 8823987912

PAGADO 12/09/2026 EN HORARIO EXTENDIDO

I. DATOS DEL APORTANTE

Razón Social	JAZMIN LUCIA LEAL SUAREZ		
Documento	CC52773127	**Dirección**	CR 1 ESTE #16 - 27
Tipo de Empresa	INDEPENDIENTE	**Teléfono**	3202499886
Tipo Persona	NATURAL	**Forma Presentación**	ÚNICO
Ciudad	BOGOTA D.C.	**Departamento**	BOGOTA D.C.
Representante Legal		**Identificación**	
Total Afiliados	1	**ARP**	ARL SURA

II. DETALLE DEL APORTANTE

Datos del Afiliado				Novedades																				Pensiones			Salud			Riesgos			Cajas			Parafiscales					Total
Identificación	Apellidos y Nombres	Tipo Cotizante	Subtipo Cotizante	ING	RET	RET P	TDE	TAE	TDP	TAP	VSP	COR	VST	SLN	IGE	LMA	VAC	AVP	VCT	IRP	Días APP	Días EPS	Días ARP	Días CCF	Administradora	IBC Pensión	Aporte Pensión	Administradora	IBC Salud	Aporte Salud	Tarifa	IBC Riesgos	Aporte Riesgos	Administradora	IBC Caja	Aporte Caja	Aporte SENA	Aporte ICBF	ESAP	Aporte Ministerio	Total
CC 52773127	JAZMIN LUCIA LEAL SUAREZ	59	00																	0	30	30	30	30	(230301) PORVENIR	$ 1.968.532	$ 315.000	(EPS005) EPS SANITAS	$ 1.968.532	$ 246.100	2,436	$ 1.968.532	$ 48.000	(CCF24) COMPENSAR CCF	$ 1.968.532	$ 39.400	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 648.500

III.TOTALES

IBC Pensión	IBC Salud	IBC Riesgos	IBC Cajas	Aportes Pensión	Aportes Salud	Aportes Riesgos	Aportes Cajas	Aportes Sena	Aportes ICBF	Aportes ESAP	Aportes Min Educación	(Incapacidades, Licencias, Saldos a Favor) EPS	Incapacidades ARP	SUBTOTAL SIN INTERESES DE MORA	TOTAL INTERESES DE MORA	TOTAL FINAL
$ 1.968.532	$ 1.968.532	$ 1.968.532	$ 1.968.532	$ 315.000	$ 246.100	$ 48.000	$ 39.400	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 648.500	$ 3.600	$ 652.100

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!

Antes de imprimir, asegúrese que sea realmente necesario. Proteger el medio ambiente está en nuestras manos.