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: (30-09-2026)					
NOMBRES Y APELLIDOS:	**DAYANA JULIETH HUERTAS LOPEZ**			**CC:**	**1013662223**
CORREO ELECTRÓNICO:	**YAYAYJUANCHO0407@GMAIL.,COM**			**TELÉFONO:**	**3134526353**
DIRECCIÓN DOMICILIO:	**KR 22I 58 SUR 16**			**CIUDAD:**	**BOGOTA**
BANCO AL CUAL CONSIGNAR:	**BANCO DAVIVIENDA S.A.**	**TIPO DE CUENTA:**	**AHORROS**	**N° CUENTA:**	**474600086943**
DATOS DEL CONTRATO O ADICION Y PERIODO OBJETO DE PAGO					
Nº DEL CONTRATO:	**PS 1879 2026**	**VALOR CORRESPONDIENTE AL PERIODO OBJETO DE COBRO**			**$ 3.191.160**
FECHA DE INICIO CONTRATO	**2026/02/02**	**FECHA DE TERMINACIÓN CONTRATO:**			**2026/10/31**
PERIODO OBJETO DE COBRO:	**DEL 2026/09/01 AL 2026/09/30**				

DAYANA JULIETH HUERTAS LOPEZ
PS_1879_2026_3A4B09

NOMBRE Y FIRMA DEL CONTRATISTA:
DAYANA JULIETH HUERTAS LOPEZ
CC: 1013662223
CEL: 3134526353

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			
DAYANA JULIETH HUERTAS LOPEZ			
	CON C.C N°	**1.013.662.223**	
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 1879 2026**	**FECHA INICIO CONTRATO**	**2026/02/02**
VALOR INICIAL DEL CONTRATO	$ 12.764.640	**No. HORAS EJECUTADAS**	**0**
VALOR TOTAL DEL CONTRATO INCLUIDO ADICIONES:	$ 28.606.470	**VALOR DE HONORARIOS PERÍODO A CERTIFICAR:**	$ 3.191.160
PLAZO DEL CONTRATO INCLUYENDO PRORROGAS	NUEVE (9) 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	1. Descargué del sistema de información DGH los reportes necesarios para la distribución y auditoria de las cuentas por parte del grupo encargado 2. Realicé los cruces respectivos para el seguimiento a las actividades realizadas en hospitalización, medicamentos y quirurgicas 3. Se realizó la socializacion a las areas asistenciales de las novedades encontradas durante las auditorias realizadas a las cuentas de hospitalización 4. Reporté las novedades en las tarifas según la contratación con la ERP evidenciadas durante la auditoria realziada a las facturas de venta 5. Se gestióno mediante mesas de trabajo, reportes en DRIVE y correos electronicos el seguimiento a las inconsistencias evidenciadas 6. Se reportó a la persona encargada del proceso de parametrización las novedades durante las auditorias realizadas para el periodo 7. Socialicé a los profesionales de otras áreas las novedades encontratadas durante el proceso de auditoria en descripciones quirurgicas,epicrisis sin confirmar en el sistema de información DGH, administración de medicamentos 8. Socialicé a los profesionales del área las novedades encontratadas durante el proceso de seguimiento de auditoria 9. Apoyé los difrentes procesos dentro del área de facturación (refacturación, auditoria, seguimientos) 10. Asistí a una reunion y participe en las capacitaciones y/o retroalimentaciones al personal de central de liquidación hospitalización

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 (2026-09-01) AL (2026-09-30)

IV. INFORMACIÓN DE APORTES A SEGURIDAD SOCIAL

No. DE PLANILLA:	N° 1084554463	OPERADOR:	SIMPLE
CONCEPTO DEL PAGO	ENTIDAD	FECHA DE PAGO	VALOR PAGADO
SALUD:	COMPENSAR	2026/09/11	$ 218.900
PENSIÓN:	PORVENIR	2026/09/11	$ 280.200
RIESGOS LABORALES:	SEGUROS BOLIVAR	2026/09/11	$ 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	*DAYANA JULIETH HUERTAS LOPEZ* *PS_1879_2026_3A4B09* **DAYANA JULIETH HUERTAS LOPEZ** **CC: 1013662223**
FIRMA DE QUIEN VALIDA	*YURLEY MARIA ALVAREZ HOYOS* *PS_1879_2026_3A4B09* **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_1879_2026_3A4B09* **ANDRES FELIPE GUZMAN CRUZ** **SUPERVISOR DEL CONTRATO**

PAGOSIMPLE | REPORTE INDIVIDUAL

Fecha creación reporte 2026-09-11, 08:34:45 a. m. **Tipo Planilla** I **Número Planilla** 1084554463

Periodo Cotización 202608 **Periodo Servicio** 202608

PAGADA 2026-09-11 08:16:49.0

I. DATOS DEL APORTANTE

Razón Social	DAYANA JULIETH HUERTAS LOPEZ				
Documento	CC 1013662223	**Dirección**	DG 48J SUR #50 D - 90 INT 41 AP 302		
Tipo de Empresa	INDEPENDIENTE	**Teléfono**	3134526353		
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 1013662223		Residente		Exonerado	N	**Apellidos y Nombres**	**Código Ciudad - Departamento**	**Centro de Trabajo**	**Ubicación Laboral**
Tipo Cotizante	59	00					HUERTAS LOPEZ DAYANA JULIETH	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	30			$ 1.750.905	230301		16 %	$ 1.750.905	$ 280.200	$ 0	$ 0	EPS008		12,5 %	$ 1.750.905	$ 218.900	$ 0	14-7	3	2,436 %	$ 1.750.905	$ 42.700	CCF24	0,6 %	$ 1.750.905	$ 10.600	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
PORVENIR	FSP SOLIDARIDAD	FSP SUBSISTENCIA	COMPENSAR EPS	SEGUROS BOLIVAR	COMPENSAR CCF	SENA	ICBF	ESAP	MEN	
$ 280.200	$ 0	$ 0	$ 218.900	$ 42.700	$ 10.600	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 552.400

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!

1 Información general
2 Condiciones
3 Bienes y servicios
4 Documentos del Proveedor
5 Documentos del contrato
6 Información presupuestal
7 Ejecución del Contrato
8 Modificaciones del Contrato
9 Incumplimientos

Datos guardados

Cancelar < Evalua

VER CONTRATO

Ejecución del Contrato

Porcentaje Recepción de artículos

Plan de Pagos

¿Se requieren emisiones de códigos de autorización? Sí No

Id de pago	Número de factura	Fecha de emisión	Fecha de recepción	Valor total de la factura	Estado

No existen resultados que cumplan con los criterios de búsqueda especificados

Crear

Documentos de ejecución del contrato

	Descripción	Nombre del archivo	Cargado por		
	1 PS 1879 2026 CRP -9969.pdf	1 PS 1879 2026 CRP -9969.pdf	Comprador	Descargar	Detalle
	PS 1879 2026 CUENTA DE COBRO FEBRERO 2026.pdf	PS 1879 2026 CUENTA DE COBRO FEBRERO 2026.pdf	Proveedor	Descargar	Detalle
	PS 1879 2026 CUENTA DE COBRO MARZO 2026.pdf	PS 1879 2026 CUENTA DE COBRO MARZO 2026.pdf	Proveedor	Descargar	Detalle
	PS 1879 2026 CUENTA DE COBRO ABRIL 2026.pdf	PS 1879 2026 CUENTA DE COBRO ABRIL 2026.pdf	Proveedor	Descargar	Detalle
	PS 1879 2026 CUENTA DE COBRO MAYO 2026.pdf	PS 1879 2026 CUENTA DE COBRO MAYO 2026.pdf	Proveedor	Descargar	Detalle
	2 PS 1879 2026 CRP -16077.PDF	2 PS 1879 2026 CRP -16077.PDF	Comprador	Descargar	Detalle
	PS 1879 2026 CUENTA DE COBRO JUNIO 2026.pdf	PS 1879 2026 CUENTA DE COBRO JUNIO 2026.pdf	Proveedor	Descargar	Detalle
	PS 1879 2026 CUENTA DE COBRO JULIO 2026.pdf	PS 1879 2026 CUENTA DE COBRO JULIO 2026.pdf	Proveedor	Descargar	Detalle
	PS 1879 2026 CUENTA DE COBRO AGOSTO 2026.pdf	PS 1879 2026 CUENTA DE COBRO AGOSTO 2026.pdf	Proveedor	Descargar	Detalle

Borrar Cargar nuevo

Cancelar < Evaluación de la Entidad Estatal >