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: (31-10-2026)					
NOMBRES Y APELLIDOS:	**ANGIE ALEXANDRA CAMARGO GALEANO**			**CC:**	**1033712833**
CORREO ELECTRÓNICO:	**ALEXCAMARGOS89@HOTMAIL.COM**			**TELÉFONO:**	**3008439357**
DIRECCIÓN DOMICILIO:	**carrera 37A # 10 - 51**			**CIUDAD:**	**BOGOTA**
BANCO AL CUAL CONSIGNAR:	**BBVA COLOMBIA**	**TIPO DE CUENTA:**	**AHORROS**	**N° CUENTA:**	**0633000168**
DATOS DEL CONTRATO O ADICION Y PERIODO OBJETO DE PAGO					
Nº DEL CONTRATO:	**PS 1720 2026**	**VALOR CORRESPONDIENTE AL PERIODO OBJETO DE COBRO**			**$ 5.593.940**
FECHA DE INICIO CONTRATO	**2026/02/03**	**FECHA DE TERMINACIÓN CONTRATO:**			**2026/10/31**
PERIODO OBJETO DE COBRO:	**DEL 2026/10/01 AL 2026/10/31**				

ANGIE ALEXANDRA CAMARGO GALEANO
PS_1720_2026_4F10CD

NOMBRE Y FIRMA DEL CONTRATISTA:
ANGIE ALEXANDRA CAMARGO GALEANO
CC: 1033712833
CEL: 3008439357

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			
ANGIE ALEXANDRA CAMARGO GALEANO			
	CON C.C N°	**1.033.712.833**	
OBJETO DEL CONTRATO:	PRESTAR SERVICIOS COMO PROFESIONAL ESPECIALIZADO 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 1720 2026**	**FECHA INICIO CONTRATO**	**2026/02/03**
VALOR INICIAL DEL CONTRATO	$ 22.375.760	**No. HORAS EJECUTADAS**	**0**
VALOR TOTAL DEL CONTRATO INCLUIDO ADICIONES:	$ 49.945.893	**VALOR DE HONORARIOS PERÍODO A CERTIFICAR:**	$ 5.593.940
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	Durante el mes de octubre de 2026, se desarrollaron actividades relacionadas con los procesos de conciliación de cartera con las Entidades Promotoras de Salud (EPS), seguimiento a propuestas conciliatorias, revisión de hallazgos de auditoría y acompañamiento a mesas de trabajo orientadas a la gestión y subsanación de glosas. A continuación, se detallan las principales actividades realizadas:1. Conciliación con EPS Capital Salud Se llevó a cabo el proceso de conciliación con la EPS Capital Salud desde el 1 hasta el 23 de octubre de 2026, alcanzando una gestión por valor de $1.490.760.526. Al cierre de la jornada, quedó pendiente por conciliar un saldo de $739.211.826, cuya revisión y gestión se continuará durante el siguiente mes, conforme a la programación establecida. 2. Conciliación con la entidad Anaswayuu El 3 de octubre de 2026 se realizó jornada de conciliación con la entidad Anaswayuu, logrando conciliar un valor de $1.366.859. 3. Gestión de acercamiento y conciliación con la entidad Emsanar El 8 de octubre de 2026 se realizó acercamiento con la entidad Emsanar, con el propósito de avanzar en el proceso de conciliación de cartera. Como resultado de esta gestión, se programó una jornada de conciliación para el 26 de octubre de 2026, con una base pendiente por conciliar de $261.924.418. Durante la jornada no fue posible finalizar el proceso, por lo que se acordó continuar las actividades de revisión y conciliación el 3 de noviembre de 2026. 4. Seguimiento a propuesta conciliatoria de EPS Asmet Se continuó realizando seguimiento a la propuesta conciliatoria remitida a la EPS Asmet durante el mes de septiembre, frente a la cual, a la fecha de corte, no se ha recibido respuesta. Se mantiene pendiente la retroalimentación por parte de la entidad para dar continuidad a las gestiones correspondientes. 5. Revisión y seguimiento de hallazgos de auditoría Se realizó la revisión, documentación y seguimiento de los hallazgos de auditoría reportados, con el objetivo de gestionar su análisis y subsanación, así como de obtener los soportes requeridos para sustentar las respuestas a las glosas formuladas. Estas actividades estuvieron orientadas a fortalecer la trazabilidad de los casos y facilitar el avance en los procesos de respuesta y conciliación. 6. Acompañamiento a mesas de trabajo de glosas Se brindó acompañamiento a las mesas de trabajo relacionadas con glosas reiteradas y hallazgos identificados en auditorías de clínicas quirúrgicas y medicamentos. Durante estos espacios se apoyó la revisión de los casos, el análisis de las observaciones formuladas y la identificación de acciones encaminadas a la aclaración, subsanación y resolución de las glosas, contribuyendo al fortalecimiento de los procesos de auditoría y conciliación

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 (2026-10-01) AL (2026-10-31)

IV. INFORMACIÓN DE APORTES A SEGURIDAD SOCIAL

No. DE PLANILLA:	N° 95428856	OPERADOR:	MI PLANILLA
CONCEPTO DEL PAGO	ENTIDAD	FECHA DE PAGO	VALOR PAGADO
SALUD:	COMPENSAR	2026/10/13	$ 326.200
PENSIÓN:	COLPENSIONES	2026/10/13	$ 417.600
RIESGOS LABORALES:	SURA	2026/10/13	$ 63.700
OTRO			
TOTAL PAGADO			$ 807.500

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	*ANGIE ALEXANDRA CAMARGO GALEANO* *PS_1720_2026_4F10CD* **ANGIE ALEXANDRA CAMARGO GALEANO** **CC: 1033712833**
FIRMA DE QUIEN VALIDA	*NORMA JOHANA TRIANA RODRÍGUEZ* *PS_1720_2026_4F10CD* **NORMA JOHANA TRIANA RODRÍGUEZ** **SUPERVISOR ALTERNO**
FIRMA DE QUIEN CONVALIDA EL CUMPLIMIENTO DE LAS OBLIGACIONES PARA EL PRESENTE PERIODO DE PAGO	*ANDRES FELIPE GUZMAN CRUZ* *PS_1720_2026_4F10CD* **ANDRES FELIPE GUZMAN CRUZ** **SUPERVISOR DEL CONTRATO**

compensar | miplanilla.com

PLANILLA INTEGRADA DE AUTOLIQUIDACION DE APORTES

DATOS DEL APORTANTE						
TIPO	NÚMERO	NOMBRE APORTANTE	DIRECCIÓN	TELÉFONO	CORREO	EXONERADO PAGO PARAFISCALES Y SALUD
CC	1033712833	ANGIE ALEXANDRA CAMARGO GALEANO	CARRERA 37A # 10 - 51	00000000	alexcamargos89@hotmail.com	
FORMA PRESENTACIÓN	CLASE APORTANTE	NOMBRE SUCURSAL / CÓDIGO	DEPARTAMENTO	CIUDAD / MUNICIPIO		
ÚNICA	I – Independiente		BOGOTÁ D. C.	BOGOTÁ, D.C.		NO

DATOS DE LA PLANILLA					
PLANILLA ASOCIADA	FECHA PAGO ASOCIADA (DIA/MES/AÑO)	NÚMERO PLANILLA	FECHA PAGO (DIA/MES/AÑO)	CANTIDAD EMPLEADOS	CANTIDAD UPC
		95428856	13/10/2026	1	0
PERIODO SALUD	PERIODO PENSIÓN	TIPO PLANILLA	TOTAL NÓMINA	TOTAL A PAGAR	
2026-09	2026-09	I	$2,600,000	$859.700	

TOTALES POR SUBSISTEMAS

TOTALES SALUD

Código EPS	Nombre	NIT	Cotización Obligatoria	UPC Adicional	Incapacidades		Licencia Maternidad		Días Mora	Valor Mora Cotización	Valor Mora UPC	Total a Pagar	No. Afiliados
					No. Autorización	Valor	No. Autorización	Valor					
EPS008	Compensar EPS	860066942-7	325.000	0		0		0	5	1.200	0	326.200	1

TOTALES PENSIÓN

Código AFP	Nombre	NIT	Cotización Obligatoria	Aporte Voluntario Afiliado	Aporte Voluntario Aportante	Aporte FSP - Solidaridad	Aporte FSP - Subsistencia	Días Mora	Valor Mora Cotización	Valor Mora FSP	Total a Pagar	No. Afiliados
25-14	Colpensiones	900336004-7	416.000	0	0	0	0	5	1.600	0	417.600	1

TOTALES RIESGOS LABORALES

Código ARL	Nombre	NIT	Cotización Obligatoria	Incapacidades		Aportes Otros Sistemas	Valor Neto Cotización	Días Mora	Valor Mora Cotización	Subtotal Cotización	No. Radicado Saldo a Favor	Valor Saldo a Favor	Fondo Solidaridad	Total a Pagar	No. Afiliados
				No. Autorización	Valor										
14-11	ARL SURA	890903790-5	63.400				63.400	5	300	63.700			634	63.700	1

TOTALES CAJAS

Código CCF	Nombre	NIT	Valor Aporte	Días Mora	Valor Mora Aporte	Total a Pagar	No. Afiliados
CCF24	Compensar Caja	860066942-7	52.000	5	200	52.200	1

TOTALES PARAFISCALES

Valor Aporte	Días Mora	Valor Mora Aporte	Total a Pagar	No. Afiliados
SENA				
0	5	0	0	0
ICBF				
0	5	0	0	0
ESAP				
MEN				

TOTALES POR SUBSISTEMA

Tipo Administradora	No. Administradoras Reportadas	Valor antes de IGE, LMA, IRP y Mora	Total a Pagar
Salud	1	325.000	326.200
Pensión	1	416.000	417.600
Riesgos Laborales	1	63.400	63.700
CCF	1	52.000	52.200
ESAP	0	0	0
ICBF	0	0	0
MEN	0	0	0
SENA	0	0	0
TOTALES	4	856.400	859.700

PAGADA

Este documento está clasificado como PRIVADO por parte de Compensar Operador de Información

compensar | miplanilla.com

PLANILLA INTEGRADA DE AUTOLIQUIDACION DE APORTES

DATOS DEL APORTANTE						
TIPO	NÚMERO	NOMBRE APORTANTE	DIRECCIÓN	TELÉFONO	CORREO	EXONERADO PAGO PARAFISCALES Y SALUD
CC	1033712833	ANGIE ALEXANDRA CAMARGO GALEANO	CARRERA 37A # 10 - 51	00000000	alexcamargos89@hotmail.com	
FORMA PRESENTACIÓN	CLASE APORTANTE	NOMBRE SUCURSAL / CÓDIGO	DEPARTAMENTO	CIUDAD / MUNICIPIO		
ÚNICA	I – Independiente		BOGOTÁ D. C.	BOGOTÁ, D.C.		NO

DATOS DE LA PLANILLA					
PLANILLA ASOCIADA	FECHA PAGO ASOCIADA (DIA/MES/AÑO)	NÚMERO PLANILLA	FECHA PAGO (DIA/MES/AÑO)	CANTIDAD EMPLEADOS	CANTIDAD UPC
		95428856	13/10/2026	1	0
PERIODO SALUD	PERIODO PENSIÓN	TIPO PLANILLA	TOTAL NÓMINA	TOTAL A PAGAR	
2026-09	2026-09	I	$2,600,000	$859.700	

DETALLE POR COTIZANTE

INFORMACIÓN COTIZANTE								INFORMACIÓN NOVEDADES																PENSIÓN								SALUD				RIESGOS LABORALES					CCF				PARAFISCALES				
No.	Tipo y Número de Identificación	Apellidos y Nombres	Cotizante	Subtipo	Extranjero	Colom. exterior	Excenuado	INS	RET	TDE	TAE	TDP	TAP	VSP	VST	SLN	IGE	LMA	VAC	AVP	VCT	IRL	CORRECCIÓN	Cód. AFP	IBC AFP	Días	Cotización	Voluntario Afiliado	Voluntario Aportante	Fondo pensional de solidaridad	Fondo pensional de subsistencia	Cód. EPS	IBC EPS	Días	Cotización / Valor UPC	Cód. ARL	IBC ARL	Días	Clase de Riesgo	Cotización	Código CCF	IBC CCF	Días	Aporte CCF	IBC otros parafiscales	Aporte SENA	Aporte ICBF	Aporte ESAP	Aporte MEN
1	CC 1033712833	CAMARGO GALEANO ANGIE ALEXANDRA	59	0			N																	25-14	2.600.000	30	416.000	0	0	0	0	EPS008	2.600.000	30	325.000	14-11	2.600.000	30	3	63.400	CCF24	2.600.000	30	52.000	0	0	0	0	0

PAGADA

Este documento está clasificado como PRIVADO por parte de Compensar Operador de Información