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:	**ANYELA MARCELA TUMAY MENDOZA**			**CC:**	**52371681**
CORREO ELECTRÓNICO:	**ANYTUMY@GMAIL.COM**			**TELÉFONO:**	**3002690847**
DIRECCIÓN DOMICILIO:	**CL 2 91 11**			**CIUDAD:**	**BOGOTA**
BANCO AL CUAL CONSIGNAR:	**BANCO DAVIVIENDA S.A.**	**TIPO DE CUENTA:**	**AHORROS**	**N° CUENTA:**	**009270306351**
DATOS DEL CONTRATO O ADICION Y PERIODO OBJETO DE PAGO					
Nº DEL CONTRATO:	**PS 4467 2026**	**VALOR CORRESPONDIENTE AL PERIODO OBJETO DE COBRO**			**$ 4.291.130**
FECHA DE INICIO CONTRATO	**2026/07/02**	**FECHA DE TERMINACIÓN CONTRATO:**			**2026/10/31**
PERIODO OBJETO DE COBRO:	**DEL 2026/09/01 AL 2026/09/30**				

ANYELA MARCELA TUMAY MENDOZA
PS_4467_2026_8218CD

NOMBRE Y FIRMA DEL CONTRATISTA:
ANYELA MARCELA TUMAY MENDOZA
CC: 52371681
CEL: 3002690847

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			
ANYELA MARCELA TUMAY MENDOZA			
	CON C.C N°	**52.371.681**	
OBJETO DEL CONTRATO:	PRESTAR SERVICIOS COMO PROFESIONAL V 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 4467 2026**	**FECHA INICIO CONTRATO**	**2026/07/02**
VALOR INICIAL DEL CONTRATO	$ 4.291.130	**No. HORAS EJECUTADAS**	**0**
VALOR TOTAL DEL CONTRATO INCLUIDO ADICIONES:	$ 17.164.520	**VALOR DE HONORARIOS PERÍODO A CERTIFICAR:**	$ 4.291.130
PLAZO DEL CONTRATO INCLUYENDO PRORROGAS	CUATRO (4) 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	Se realizó gestión de la cartera de las EPS y entes territoriales del cobro para recaudo de los valores libres para pago, con evidencia en correo electrónico conciliacioncartera5@subredcentrooriente.gov.co.
2	Se realizó actualización de la matriz de saldos de procesos de jurídicos de entidades asignadas, con evidencia de entrega en correo electrónico conciliacioncartera5@subredcentrooriente.gov.co.
3	Se realizó seguimiento, reporte a la circularización de cartera de las entidades asignadas con saldo (reporte con corte trimestral) evidencia en correo electrónico conciliacioncartera5@subredcentrooriente.gov.co.
4	Se realizó gestión de cobro y solicitud de soportes pago a las EPS y entes territoriales de valores girados mediante herramientas electrónicas y medios disponibles (EPS Capresoca-Salud Total) correo electrónico conciliacioncartera5@subredcentrooriente.gov.co.
5	Se realizó programación de citas con las entes territoriales de acuerdo a Cronograma
6	Se realizó gestión y trámite de correspondencia de acuerdo a requerimientos con la EPS y Entes territoriales. Evidencia en correo electronico conciliacioncartera5@subredcentrooriente.gov.co
7	Se realizó trámites mediante cruces ,aplicación de pagos, se entregan certificaciones actualizadas para proceso
8	Se gestionó de acuerdo al cronograma con la entidad.
9	Se realizó validación de radicados de acuerdo al seguimiento, requerimiento y entidades asignadas, consolidando físicos para el archivo según gestión.(Capresoca-Salud Total, Entes)
10	Se realizó actualización de los informes del área y de los procesos gestión y trámite de cartera, así como el tramité realizado antes varios entes de salud de orden departamental. Evidencia en correo electrónico conciliacioncartera5@subredcentrooriente.gov.co

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° 95102899	OPERADOR:	MI PLANILLA
CONCEPTO DEL PAGO	ENTIDAD	FECHA DE PAGO	VALOR PAGADO

SALUD:	SANITAS	2026/09/10	$ 218.861
PENSIÓN:	COLPENSIONES	2026/09/10	$ 280.142
RIESGOS LABORALES:	SEGUROS BOLIVAR	2026/09/10	$ 42.651
OTRO			
TOTAL PAGADO			$ 541.654

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	*ANYELA MARCELA TUMAY MENDOZA* *PS_4467_2026_8218CD* **ANYELA MARCELA TUMAY MENDOZA** **CC: 52371681**
FIRMA DE QUIEN VALIDA	*GUSTAVO ADOLFO MARIN VELASQUEZ* *PS_4467_2026_8218CD* **GUSTAVO ADOLFO MARIN VELASQUEZ** **SUPERVISOR ALTERNO**
FIRMA DE QUIEN CONVALIDA EL CUMPLIMIENTO DE LAS OBLIGACIONES PARA EL PRESENTE PERIODO DE PAGO	*ANDRES FELIPE GUZMAN CRUZ* *PS_4467_2026_8218CD* **ANDRES FELIPE GUZMAN CRUZ** **SUPERVISOR DEL CONTRATO**