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:	**CLAUDIA SOFIA VILLASMIL QUINTERO**			**CC:**	**36452168**
CORREO ELECTRÓNICO:	**claudiavillasmil145@hotmail.com**			**TELÉFONO:**	**3012857469**
DIRECCIÓN DOMICILIO:	**CL 29C SUR 50A 83**			**CIUDAD:**	**BOGOTA**
BANCO AL CUAL CONSIGNAR:	**BANCO FALABELLA SA**	**TIPO DE CUENTA:**	**AHORROS**	**N° CUENTA:**	**111200516127**
DATOS DEL CONTRATO O ADICION Y PERIODO OBJETO DE PAGO					
Nº DEL CONTRATO:	**PS 1772 2026**	**VALOR CORRESPONDIENTE AL PERIODO OBJETO DE COBRO**			**$ 2.328.120**
FECHA DE INICIO CONTRATO	**2026/02/02**	**FECHA DE TERMINACIÓN CONTRATO:**			**2026/10/31**
PERIODO OBJETO DE COBRO:	**DEL 2026/10/01 AL 2026/10/31**				

CLAUDIA SOFIA VILLASMIL QUINTERO
PS_1772_2026_34AD41

NOMBRE Y FIRMA DEL CONTRATISTA:
CLAUDIA SOFIA VILLASMIL QUINTERO
CC: 36452168
CEL: 3012857469

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			
CLAUDIA SOFIA VILLASMIL QUINTERO			
	CON C.C N°	**36.452.168**	
OBJETO DEL CONTRATO:	PRESTAR SERVICIOS COMO BACHILLER APOYO A LA GESTION I 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 1772 2026**	**FECHA INICIO CONTRATO**	**2026/02/02**
VALOR INICIAL DEL CONTRATO	$ 9.312.480	**No. HORAS EJECUTADAS**	**0**
VALOR TOTAL DEL CONTRATO INCLUIDO ADICIONES:	$ 20.869.933	**VALOR DE HONORARIOS PERÍODO A CERTIFICAR:**	$ 2.328.120
PLAZO DEL CONTRATO INCLUYENDO PRORROGAS	NUEVE (9) MESES		
UNIDAD FUNCIONAL DE EJECUCIÓN DE ACTIVIDADES:	CENTRO DE SALUD OLAYA		
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, desarrollé las actividades asignadas al área de facturación, contribuyendo al cumplimiento de los procedimientos administrativos y al manejo adecuado de la información financiera y documental de la entidad. Entre las labores realizadas, llevé a cabo la recepción y comprobación de los pagos efectuados por los usuarios, verificando los valores correspondientes y su concordancia con los soportes respectivos y los registros del sistema institucional. De igual manera, elaboré recibos de caja y apoyé la clasificación, organización y conservación de los documentos generados durante el proceso, facilitando su consulta y seguimiento. Asimismo, brindé atención a los usuarios en ventanilla, realizando la revisión de órdenes médicas, autorizaciones y demás documentos requeridos para la gestión administrativa de los servicios. Cuando fue necesario, apoyé la validación, actualización y corrección de los datos de los pacientes en la plataforma institucional, procurando mantener la consistencia y confiabilidad de la información. Estas labores se desarrollaron atendiendo los requerimientos presentados durante la jornada y dando cumplimiento a las responsabilidades propias del área. Adicionalmente, el 28 de octubre de 2026 participé en una jornada de capacitación institucional en la que se trataron aspectos relacionados con el desempeño de las funciones asignadas y los procedimientos del área de facturación. Esta actividad contribuyó al fortalecimiento de mis conocimientos y a la comprensión de las orientaciones necesarias para ejecutar las labores contratadas de manera adecuada, conforme a los lineamientos establecidos por la entidad. En el desarrollo de las actividades del periodo, mantuve una gestión organizada, responsable y oportuna, prestando atención a la verificación de los registros, el manejo de los soportes y la atención de las solicitudes de los usuarios. De esta manera, contribuí al desarrollo continuo de las operaciones de facturación y al cumplimiento de los procesos administrativos, procurando la calidad de la información y la aplicación de los procedimientos internos.

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° 9511872399	OPERADOR:	APORTES EN LINEA
CONCEPTO DEL PAGO	ENTIDAD	FECHA DE PAGO	VALOR PAGADO
SALUD:	SANITAS	2026/10/14	$ 218.900
PENSIÓN:	COLPENSIONES	2026/10/14	$ 280.200
RIESGOS LABORALES:	SURA	2026/10/14	$ 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	*CLAUDIA SOFIA VILLASMIL QUINTERO* *PS_1772_2026_34AD41* **CLAUDIA SOFIA VILLASMIL QUINTERO** **CC: 36452168**
FIRMA DE QUIEN VALIDA	*YURLEY MARIA ALVAREZ HOYOS* *PS_1772_2026_34AD41* **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_1772_2026_34AD41* **ANDRES FELIPE GUZMAN CRUZ** **SUPERVISOR DEL CONTRATO**

aportes en línea

Planilla Resumen

DATOS GENERALES DEL APORTANTE

Identificación	dv	Razon Social	Clase Aportante	Sucursal Principal	Direccion	Ciudad-Departamento	Teléfono	Exonerado SENA e ICBF
CC 36452168		VILLASMIL QUINTERO CLAUDIA SOFIA	INDEPENDIENTE	PRINCIPAL	CALLE 29 C SUR 50 A 83	BOGOTA-BOGOTA D.E.	3012857469	No

DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION

Periodo		Clave		Tipo	Fecha		Pago		
Pensión	Salud	Pago	Planilla	Planilla	Limite	Pago	Banco	Dias Mora	Valor
2026-09	2026-09	738449461	9511872399	I	2026/10/16	2026/10/14	NEQUI	0	$541,800

LIQUIDACION DETALLADA DE APORTES

EMPLEADO			NOVEDADES														PENSION				SALUD				CCF				RIESGOS					PARAFISCALES				
No.	Identificación	Nombre	ing	ret	tde	tae	tdp	tap	vsp	cor	vst	sln	ige	lma	vac	avp	vct	irl	vip	Codigo	Dias	IBC	Aporte	Codigo	Dias	IBC	Aporte	Codigo	Dias	IBC	Aporte	Codigo	Dias	IBC	Tarifa	Aporte	Dias	IBC	Aporte	Exonerado SENA e ICBF	Total Aportes
SUCURSAL: PRINCIPAL (1 Afiliados)																						$1,750,905	$280,200			$1,750,905	$218,900			$0	$0			$1,750,905		$42,700		$0	$0		$541,800
Centro de Trabajo: PRINCIPAL (1 Afiliados)																						$1,750,905	$280,200			$1,750,905	$218,900			$0	$0			$1,750,905		$42,700		$0	$0		$541,800
Ciudad: BOGOTA Depto: BOGOTA D.E. (1 Afiliados)																						$1,750,905	$280,200			$1,750,905	$218,900			$0	$0			$1,750,905		$42,700		$0	$0		$541,800
1	CC	36452168 VILLASMIL CLAUDIA																		25-14	30	$1,750,905	$280,200	EPS005	30	$1,750,905	$218,900		0	$0	$0	14-11	30	$1,750,905	2.436%	$42,700	0	$0	$0	No	$541,800
Total	**Afiliados(1)**																					$1,750,905	$280,200			$1,750,905	$218,900			$0	$0			$1,750,905		$42,700		$0	$0		$541,800

aportes en línea

Planilla Resumen

RESUMEN DE PAGO

RIESGO	CODIGO	NIT	DV	AFILIADOS	VALOR LIQUIDADO	INTERESES MORA	SALDOS E INCAPACIDADES	VALOR A PAGAR
AFP (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$280,200	$0	$0	$280,200
COLPENSIONES	25-14	900,336,004	7	1	$280,200	$0	$0	$280,200
ARL (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$42,700	$0	$0	$42,700
ARL SURA	14-11	890,903,790	5	1	$42,700	$0	$0	$42,700
EPS (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$218,900	$0	$0	$218,900
SANITAS	EPS005	800,251,440	6	1	$218,900	$0	$0	$218,900
TOTAL				**1**	**$541,800**	**$0**	**$0**	**$541,800**

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

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		
	PS 5927 2025 CUENTA DE COBRO ENERO 2026.pdf (Archivado)	PS 5927 2025 CUENTA DE COBRO ENERO 2026.pdf	Proveedor	Descargar	Detalle
	PS 5927 2025 CUENTA DE COBRO FEBRERO 2026.pdf (Archivado)	PS 5927 2025 CUENTA DE COBRO FEBRERO 2026.pdf	Proveedor	Descargar	Detalle
	PS 1772 2026 CUENTA DE COBRO ENERO 2026.pdf (Archivado)	PS 1772 2026 CUENTA DE COBRO ENERO 2026.pdf	Proveedor	Descargar	Detalle
☐	PS 1772 2026 CUENTA DE COBRO FEBRERO 2026.pdf	PS 1772 2026 CUENTA DE COBRO FEBRERO 2026.pdf	Proveedor	Descargar	Detalle
☐	PS 1772 2026 CUENTA DE COBRO MARZO 2026.pdf	PS 1772 2026 CUENTA DE COBRO MARZO 2026.pdf	Proveedor	Descargar	Detalle
☐	1 PS 1772 2026 CRP -9923.pdf	1 PS 1772 2026 CRP -9923.pdf	Comprador	Descargar	Detalle
☐	PS 1772 2026 CUENTA DE COBRO ABRIL 2026.pdf	PS 1772 2026 CUENTA DE COBRO ABRIL 2026.pdf	Proveedor	Descargar	Detalle
	PS 1772 2026 CUENTA DE COBRO MAYO.pdf (Archivado)	PS 1772 2026 CUENTA DE COBRO MAYO.pdf	Proveedor	Descargar	Detalle
☐	PS 1772 2026 CUENTA DE COBRO MAYO 2026.pdf	PS 1772 2026 CUENTA DE COBRO MAYO 2026.pdf	Proveedor	Descargar	Detalle
☐	PS 1772 2026 CUENTA DE COBRO JUNIO 2026.pdf	PS 1772 2026 CUENTA DE COBRO JUNIO 2026.pdf	Proveedor	Descargar	Detalle
☐	2 PS 1772 2026 CRP -15978.PDF	2 PS 1772 2026 CRP -15978.PDF	Comprador	Descargar	Detalle
☐	PS 1772 2026 CUENTA DE COBRO JULIO 2026.pdf	PS 1772 2026 CUENTA DE COBRO JULIO 2026.pdf	Proveedor	Descargar	Detalle
☐	PS 1772 2026 CUENTA DE COBRO AGOSTO 2026.pdf	PS 1772 2026 CUENTA DE COBRO AGOSTO 2026.pdf	Proveedor	Descargar	Detalle
☐	PS 1772 2026 CUENTA DE COBRO SEPTIEMBRE 2026.pdf	PS 1772 2026 CUENTA DE COBRO SEPTIEMBRE 2026.pdf	Proveedor	Descargar	Detalle

Borrar Cargar nuevo

Cancelar

< Evaluación de la Entidad Estatal >

Administradora de los Recursos del Sistema General de Seguridad Social en Salud
ADRES

Tipo Identificación	Numero Identificación	Primer Apellido	Segundo Apellido	Primer Nombre	Segundo Nombre	Ultimo Periodo Compensado	EPS/EOC	Tipo Afiliación
CC	36452168	VILLASMIL	QUINTERO	CLAUDIA	SOFIA	2020-08	Coomeva	COTIZANTE
CC	36452168	VILLASMIL	QUINTERO	CLAUDIA	SOFIA	2025-02	Sanitas	BENEFICIARIO
CC	36452168	VILLASMIL	QUINTERO	CLAUDIA	SOFIA	2020-07	Coomeva	BENEFICIARIO
CC	36452168	VILLASMIL	QUINTERO	CLAUDIA	SOFIA	2026-09	Sanitas	COTIZANTE

EPS/EOC	Periodos Compensados	Dias Compensados	Tipo Afiliado	Observacion*
Sanitas	09/2026	30	COTIZANTE	Pago con cotización
Sanitas	08/2026	30	COTIZANTE	Pago con cotización
Sanitas	07/2026	30	COTIZANTE	Pago con cotización
Sanitas	06/2026	30	COTIZANTE	Pago con cotización
Sanitas	05/2026	30	COTIZANTE	Pago con cotización
Sanitas	04/2026	30	COTIZANTE	Pago con cotización
Sanitas	03/2026	30	COTIZANTE	Pago con cotización
Sanitas	02/2026	30	COTIZANTE	Pago con cotización
Sanitas	01/2026	30	COTIZANTE	Pago con cotización
Sanitas	12/2025	30	COTIZANTE	Pago con cotización
Sanitas	11/2025	30	COTIZANTE	Pago con cotización
Sanitas	10/2025	30	COTIZANTE	Pago con cotización
Sanitas	09/2025	30	COTIZANTE	Pago con cotización
Sanitas	08/2025	30	COTIZANTE	Pago con cotización
Sanitas	07/2025	30	COTIZANTE	Pago con cotización
Sanitas	06/2025	30	COTIZANTE	Pago con cotización
Sanitas	05/2025	30	COTIZANTE	Pago con cotización
Sanitas	04/2025	30	COTIZANTE	Pago con cotización
Sanitas	03/2025	30	COTIZANTE	Pago con cotización
Sanitas	02/2025	3	BENEFICIARIO	Pago con cotización
Sanitas	01/2025	30	BENEFICIARIO	Pago con cotización
Sanitas	12/2024	30	BENEFICIARIO	Pago con cotización
Sanitas	11/2024	30	BENEFICIARIO	Pago con cotización
Sanitas	10/2024	30	BENEFICIARIO	Pago con cotización
Sanitas	09/2024	30	BENEFICIARIO	Pago con cotización
Sanitas	08/2024	30	BENEFICIARIO	Pago con cotización

Administradora de los Recursos del Sistema General de Seguridad Social en Salud
ADRES

EPS/EOC	Periodos Compensados	Dias Compensados	Tipo Afiliado	Observacion*
Sanitas	07/2024	30	COTIZANTE	Pago con cotización
Sanitas	06/2024	30	COTIZANTE	Pago con cotización
Sanitas	05/2024	30	COTIZANTE	Pago con cotización
Sanitas	04/2024	30	COTIZANTE	Pago con cotización
Sanitas	03/2024	30	COTIZANTE	Pago con cotización
Sanitas	02/2024	23	COTIZANTE	Pago con cotización
Sanitas	01/2024	30	BENEFICIARIO	Pago con cotización
Sanitas	12/2023	30	BENEFICIARIO	Pago con cotización
Sanitas	11/2023	30	BENEFICIARIO	Pago con cotización
Sanitas	10/2023	30	BENEFICIARIO	Pago con cotización
Sanitas	09/2023	30	BENEFICIARIO	Pago con cotización
Sanitas	08/2023	30	BENEFICIARIO	Pago con cotización
Sanitas	07/2023	30	BENEFICIARIO	Pago con cotización
Sanitas	06/2023	30	BENEFICIARIO	Pago con cotización
Sanitas	05/2023	30	BENEFICIARIO	Pago con cotización
Sanitas	04/2023	30	BENEFICIARIO	Pago con cotización
Sanitas	03/2023	30	BENEFICIARIO	Pago con cotización
Sanitas	02/2023	30	BENEFICIARIO	Pago con cotización
Sanitas	01/2023	30	BENEFICIARIO	Pago con cotización
Sanitas	12/2022	30	BENEFICIARIO	Pago con cotización
Sanitas	11/2022	30	BENEFICIARIO	Pago con cotización
Sanitas	10/2022	30	BENEFICIARIO	Pago con cotización
Sanitas	09/2022	30	BENEFICIARIO	Pago con cotización
Sanitas	08/2022	30	BENEFICIARIO	Pago con cotización
Sanitas	07/2022	30	BENEFICIARIO	Pago con cotización
Sanitas	06/2022	30	BENEFICIARIO	Pago con cotización
Sanitas	05/2022	30	BENEFICIARIO	Pago con cotización
Sanitas	04/2022	30	BENEFICIARIO	Pago con cotización
Sanitas	03/2022	30	BENEFICIARIO	Pago con cotización
Sanitas	02/2022	30	BENEFICIARIO	Pago con cotización
Sanitas	01/2022	30	BENEFICIARIO	Pago con cotización
Sanitas	12/2021	30	BENEFICIARIO	Pago con cotización
Sanitas	11/2021	30	BENEFICIARIO	Pago con cotización

Administradora de los Recursos del Sistema
General de Seguridad Social en Salud
ADRES

EPS/EOC	Periodos Compensados	Dias Compensados	Tipo Afiliado	Observacion*
Sanitas	10/2021	30	BENEFICIARIO	Pago con cotización
Sanitas	09/2021	30	BENEFICIARIO	Pago con cotización
Coomeva	08/2020	1	COTIZANTE	Pago con cotización
Coomeva	07/2020	9	BENEFICIARIO	Pago con cotización
Coomeva	06/2020	30	BENEFICIARIO	Pago con cotización
Coomeva	05/2020	30	BENEFICIARIO	Pago con cotización
Coomeva	04/2020	30	BENEFICIARIO	Pago con cotización
Coomeva	03/2020	30	BENEFICIARIO	Pago con cotización
Coomeva	01/2020	30	BENEFICIARIO	Pago con cotización
Coomeva	12/2019	30	BENEFICIARIO	Pago con cotización
Coomeva	11/2019	30	BENEFICIARIO	Pago con cotización
Coomeva	10/2019	30	BENEFICIARIO	Pago con cotización
Coomeva	09/2019	30	BENEFICIARIO	Pago con cotización
Coomeva	08/2019	30	BENEFICIARIO	Pago con cotización
Coomeva	07/2019	30	BENEFICIARIO	Pago con cotización
Coomeva	06/2019	30	BENEFICIARIO	Pago con cotización
Coomeva	05/2019	30	BENEFICIARIO	Pago con cotización
Coomeva	04/2019	30	BENEFICIARIO	Pago con cotización
Coomeva	11/2013	8	BENEFICIARIO	Pago con cotización
Coomeva	10/2013	6	BENEFICIARIO	Pago con cotización

Información Importante:

El campo “Observación *” denota la siguiente situación:

Pago con cotización: Aquellos registros reportados en la página web de la ADRES en la consulta de Consulta de Afiliados Compensados, identificados como Pago Normal, corresponden a los afiliados que compensaron en estado activo en la BDUA, en el marco del Decreto 780 de 2016.

Estado Emergencia: Aquellos registros reportados en la página web de la ADRES en la consulta de Consulta de Afiliados Compensados, identificados como Estado Emergencia, corresponden a los afiliados que compensaron en estado activo por emergencia, en el marco del artículo 15 del Decreto 538 de 2020. Por lo anterior no tienen cotizaciones en salud.