

 <div>Secretaría de Salud Subred Integrada de Servicios de Salud Centro Oriente E.S.E.</div>		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: 6 FECHA: 2024-09-16	
DATOS DEL CONTRATISTA							
FECHA DE DILIGENCIAMIENTO: (31-05-2025)							
NOMBRES Y APELLIDOS:		CLAUDIA LILIANA VILLAMIZAR SERRANO			CC:		53029947
					RUT (NIT):		53029947
CORREO ELECTRÓNICO:		CLAUDIAVILLAMIZAR2011@GMAIL.COM			TELÉFONO:		3143640352
DIRECCIÓN DOMICILIO:		KR 25 17 15 SUR			CIUDAD:		BOGOTA
BANCO AL CUAL CONSIGNAR:		BANCO DAVIVIENDA S.A.	TIPO DE CUENTA:	AHORROS	N° CUENTA:		488433107437
NÚMERO DEL CONTRATO Y DATOS DE LA ÚLTIMA ADICIÓN (PERIODO OBJETO DE PAGO)							
N° DEL CONTRATO:		PS 1259 2025	N° CDP:	800	N°. RP:	11824	PLAZO DEL CONTRATO INCLUIDAS PRORROGAS: SEIS (06) MESES
FECHA DE INICIO CONTRATO		2025/01/01	FECHA DE TERMINACIÓN CONTRATO:		2025/06/30		VALOR TOTAL DEL CONTRATO INCLUIDO ADICIONES: 11.275.584
PERIODO OBJETO DE COBRO:		DEL 2025/05/01 AL 2025/05/31					
VALOR A PAGAR CORRESPONDIENTE AL PERIODO OBJETO DE COBRO		\$ 1.900.000					
<div><div>CLAUDIA LILIANA VILLAMIZAR SERRANO PS_1259_2025_5909D7-2025-05-18 16:50:52</div></div> <div>NOMBRE Y FIRMA DEL CONTRATISTA: CLAUDIA LILIANA VILLAMIZAR SERRANO CC: 53029947 CEL: 3143640352</div>							

CELEBRADO ENTRE LA SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E Y

NOMBRE DEL CONTRATISTA	CLAUDIA LILIANA VILLAMIZAR SERRANO
NÚMERO DE DOCUMENTO DE IDENTIDAD:	53.029.947

I. INFORMACION GENERAL DEL CONTRATO DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS

OBJETO DEL CONTRATO:	PRESTAR SERVICIOS COMO BACHILLER DE APOYO A LA GESTION 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 1259 2025		FECHA INICIO CONTRATO		2025/01/01
VALOR INICIAL DEL CONTRATO		\$ 5.388.960			
VALOR TOTAL DEL CONTRATO INCLUIDO ADICIONES:	\$ 11.275.584		VALOR DE HONORARIOS PERÍODO A CERTIFICAR:		\$ 1.900.000
N° DE INFORME:	5	N° CRP INICIAL:	5979	N° CDP INICIAL DEL CONTRATO	3
PLAZO DEL CONTRATO INCLUYENDO PRORROGAS	SEIS (06) MESES				
PROCESO EN DONDE SE EJECUTARON LAS ACTIVIDADES:	DIRECCION FINANCIERA				
UNIDAD FUNCIONAL DE EJECUCIÓN DE ACTIVIDADES:	CENTRO DE SALUD ANTONIO NARIÑO				
NOMBRE DEL SUPERVISOR:	RONALD AGUILAR GOMEZ				

II. MODIFICACIONES CONTRACTUALES

N° DE MODIFICACIÓN:	(2)	TIPO DE MODIFICACIÓN (ADICIÓN - PRÓRROGA):				ADICION (X)	PRORROGA (X)
VALOR ADICIONADO	\$ 186.624	CDP DE LA ADICIÓN:	816	CRP DE LA ADICIÓN:	0	TIEMPO PRORROGADO:	VEINTIOCHO (28) DÍAS
VALOR ADICIONADO	\$ 5.700.000	CDP DE LA ADICIÓN:	800	CRP DE LA ADICIÓN:	11824	TIEMPO PRORROGADO:	DOS (02) MESES Y VEINTINUEVE (29) DÍAS

III. POLIZAS (SI APLICA)

¿PACTÓ POLIZAS EN SU CONTRATO?	SI	NO	X
N° DE PÓLIZA:	NOMBRE DE LA ASEGURADORA:		
FECHA DE LA PÓLIZA	ACTO ADMINISTRATIVO DE APROBACIÓN:		

ITEM	IV. 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	GENERAR FACTURA ELECTRONICA DE VENTA O REGISTRO DE SERVICIOS EN EL SISTEMA DE INFORMACION DGH Y SOPORTAR CON LA DOCUMENTACION QUE PRESENTA EL USUARIO SEGUN ACUERDO DE VOLUNTADES Y NORMATIVIDAD VIGENTE.
2	CORREGIR DENTRO DE LAS 48 HORAS SIGUIENTES A SU RECEPCION, LAS DEVOLUCIONES QUE HACE EL ANALISTA DE CUENTAS.
3	REALIZAR ACTUALIZACION EN CUANTO A LA NORMATIVIDAD VIGENTE EN EL SGSSS Y ASISTIR A LAS REUNIONES Y CAPACITACIONES PROGRAMADAS POR EL AREA.
4	REALIZAR LAS DEMAS ACTIVIDADES RELACIONADAS CON EL OBJETO CONTRACTUAL QUE ASIGNE EL SUPERVISOR DEL CONTRATO.
5	PARTICIPAR EN TODAS LAS REUNIONES Y CAPACITACIONES PROGRAMADAS POR LA SUBRED.
6	REALIZAR ACOMPAÑAMIENTO Y CAPACITACION AL TALENTO HUMANO SEGUN SEA DESIGNADO.
7	BRINDAR EL APOYO NECESARIO Y REALIZAR PLANES DE CONTINGENCIA EN EL MOMENTO EN QUE NO SE CUENTE CON EL SISTEMA DE INFORMACION Y/O BASES DE DATOS AFINES.
8	RECEPCIONAR, DISTRIBUIR Y REALIZAR SEGUIMIENTO DE PRE FACTURAS ENVIADAS AL PROCESO DE REVISION DE LOS SERVICIOS DE URGENCIAS Y HOSPITALIZACION.
9	RECIBIR E INGRESAR LOS ABONOS QUE REALICEN LOS USUARIOS O PACIENTES EN CONCEPTO DE PAGARES.
10	REALIZAR CIERRE DE CAJA, ARQUEO Y ENTREGA DE SOPORTES RESPECTIVOS, SEGUN INSTRUCTIVO DEL AREA DE TESORERIA.

11	ENTREGAR LAS FACTURAS GENERADAS A DIARIO SOPORTADAS Y ORGANIZADAS DE ACUERDO INSTRUCTIVOS Y/O PROCEDIMIENTOS DEL AREA.
12	REALIZAR LLAMADO DEL PACIENTE A VENTANILLA DE ACUERDO A ORGANIZACION Y DIGITURNO ENTREGADO POR EL ORIENTADOR.
13	VERIFICAR LAS ORDENES MEDICAS Y AUTORIZACION FISICA QUE PRESENTA EL PACIENTE PARA SU ATENCION POR CONSULTA EXTERNA, SEGUN ACUERDO DE VOLUNTADES Y NORMATIVIDAD VIGENTE.
14	VERIFICAR DERECHOS DEL PACIENTE FRENTE A LAS SEGURIDAD SOCIAL O AFILIACION DEL USUARIO Y ADJUNTAR A CARPETA REQUERIMIENTOS DEL SISTEMA DE INFORMACION LOS SOPORTES DE VERIFICACION DE DERECHOS.
15	REVISAR Y VALIDAR SERVICIOS RESPECTO A FRECUENCIAS DE USO, GRUPO ETARIO, GENERO Y SEGUN ACUERDO DE VOLUNTADES Y NORMATIVIDAD VIGENTE.
16	ACTUALIZAR DATOS PERSONALES DEL USUARIO Y DATOS DEL ACUDIENTE EN EL SISTEMA DE INFORMACION.
17	REALIZAR LA FACTURACION DE LOS PACIENTES QUE NO REQUIERAN CANCELAR COPAGOS O CUOTAS DE RECUPERACION, PREVIAMENTE A LA ATENCION MEDICA, PARA DISMINUCION DE FILAS EN SALAS DE ESPERA.
18	RECEPCIONAR DINERO, GENERAR RECIBO DE CAJA Y ENTREGAR COPIA AL USUARIO DE ACUERDO A LA ATENCION PRESTADA AL PACIENTE SEGUN ACUERDO DE VOLUNTADES Y NORMATIVIDAD VIGENTE.

V. 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 (2025-05-01) AL (2025-05-31)

VI. INFORMACIÓN DE APORTES A SEGURIDAD SOCIAL			
No. DE PLANILLA:	N° 8385920366	OPERADOR:	MI PLANILLA
CONCEPTO DEL PAGO	ENTIDAD	FECHA DE PAGO	VALOR PAGADO
SALUD:	COMPENSAR	2025/04/24	\$ 178.000
PENSIÓN:	COLPENSIONES	2025/04/24	\$ 227.800
RIESGOS LABORALES:	SEGUROS BOLIVAR	2025/04/24	\$ 34.700
OTRO			
TOTAL PAGADO			\$ 440.500

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:	<div> CLAUDIA LILIANA VILLAMIZAR SERRANO PS_1259_2025_5909D7-2025-05-18 16:50:52 CLAUDIA LILIANA VILLAMIZAR SERRANO CC: 53029947 CEL: 3143640352</div>
FIRMA DE QUIEN CONVALIDA EL CUMPLIMIENTO DE LAS OBLIGACIONES PARA EL PRESENTE PERIODO DE PAGO:	<div> RONALD AGUILAR GOMEZ PS_1259_2025_5909D7-2025-05-19 18:20:37 RONALD AGUILAR GOMEZ CARGO: DIRECTOR FINANCIERO CODIGO 009 GRADO 05</div>

FIRMA DE QUIEN VALIDA:



YAMILE CANO HERRERA

PS_1259_2025_5909D7-2025-05-18 21:56:04

YAMILE CANO HERRERA

PERFIL:

ESPECIALISTA EN CONTRATACION ESTATAL

Información básica de la planilla

Empresa:	CLAUDIA LILIANA VILLAMIZAR SERRANO	NIT:	53029947
Tipo Planilla:	I	Periodo liquidación Pensiones:	abril 2025
Sucursal o Dependencia:	PRINCIPAL	Periodo liquidación Salud:	abril 2025
Número de Radicación:	8385920366	Total a pagar:	\$469,000
Fecha de vencimiento:	13/05/2025	Total de empleados:	1
Fecha de Pago:	24/04/2025	Número de Administradoras:	4

Detalles del pago

Razón social recaudo:	Compensar OI	Nit recaudo:	9998600669427
Descripción:	MiPlanilla.com Pago Proteccion Social	Medio de Pago:	Pago en Cajas
Banco:	1023	Número Autorización:	26142307
Estado de la transacción:	Transacción aprobada		

Código	NIT	Administradoras	Num. Afiliados	*Número de incapacidad por riesgos laborales	Valor descontado en incapacidad y/o licencia	Total Pagado
14-7	860002503	Cia. de Seguros Bolivar S.A.	1		\$0	\$34,700
25-14	900336004	Administradora Colombiana de Pensiones -	1		\$0	\$227,800
CCF24	860066942	Compensar Caja de Compensacion Fliar	1		\$0	\$28,500
EPS008	860066942	Compensar EPS	1		\$0	\$178,000
						\$469,000

*Si descontó incapacidades o notas crédito debe informar a la administradora correspondiente los descuentos.