

		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:		OLGA LUCIA DAZA MARTINEZ			CC:		52212853
					RUT (NIT):		52212853
CORREO ELECTRÓNICO:		OLGALU2416@GMAIL.COM			TELÉFONO:		3222636123
DIRECCIÓN DOMICILIO:		CL 28 SUR 37 91			CIUDAD:		BOGOTA
BANCO AL CUAL CONSIGNAR:		BANCO DAVIVIENDA S.A.	TIPO DE CUENTA:	AHORROS	N° CUENTA:		009000734260
NÚMERO DEL CONTRATO Y DATOS DE LA ÚLTIMA ADICIÓN (PERIODO OBJETO DE PAGO)							
N° DEL CONTRATO:		PS 4215 2025	N° CDP:	794	N°. RP:	794	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: 18.861.360
PERIODO OBJETO DE COBRO:		DEL 2025/05/01 AL 2025/05/31					
VALOR A PAGAR CORRESPONDIENTE AL PERIODO OBJETO DE COBRO		\$ 3.143.560					
<div><div>OLGA LUCIA DAZA MARTINEZ PS_4215_2025_9F9561-2025-05-19 08:27:57</div></div> <div>NOMBRE Y FIRMA DEL CONTRATISTA: OLGA LUCIA DAZA MARTINEZ CC: 52212853 CEL: 3222636123</div>							

CELEBRADO ENTRE LA SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E Y											
NOMBRE DEL CONTRATISTA					OLGA LUCIA DAZA MARTINEZ						
NÚMERO DE DOCUMENTO DE IDENTIDAD:					52.212.853						
I. INFORMACION GENERAL DEL CONTRATO DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS											
OBJETO DEL CONTRATO:		PRESTAR SERVICIOS COMO TECNOLOGO 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 4215 2025		FECHA INICIO CONTRATO		2025/01/01			
VALOR INICIAL DEL CONTRATO				\$ 9.430.680							
VALOR TOTAL DEL CONTRATO INCLUIDO ADICIONES:		\$ 18.861.360				VALOR DE HONORARIOS PERÍODO A CERTIFICAR:		\$ 3.143.560			
N° DE INFORME:		5		N° CRP INICIAL:		12435		N° CDP INICIAL DEL CONTRATO 6			
PLAZO DEL CONTRATO INCLUYENDO PRORROGAS		SEIS (06) MESES									
PROCESO EN DONDE SE EJECUTARON LAS ACTIVIDADES:				DIRECCION FINANCIERA							
UNIDAD FUNCIONAL DE EJECUCIÓN DE ACTIVIDADES:				HOSPITAL SANTA CLARA							
NOMBRE DEL SUPERVISOR:				RONALD AGUILAR GOMEZ							
II. MODIFICACIONES CONTRACTUALES											
N° DE MODIFICACIÓN:		(1)		TIPO DE MODIFICACIÓN (ADICIÓN - PRÓRROGA):			ADICION (X)		PRORROGA (X)		
VALOR ADICIONADO		\$ 9.430.680		CDP DE LA ADICIÓN:		794		RP DE LA ADICIÓN:		794	
								TIEMPO PRORROGADO:		DOS (02) MESES Y VEINTINUEVE	
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:						
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	Descargue de archivo de objeciones tramitadas mes de Febrero 2025 - 4288 Soportes para entregar a cartera con acta.										
2	Realice radicación de 920 cuentas por los diferentes aplicativos										
3	Se realiza tramite de respuesta de devoluciones correspondiente a las diferentes ERP, en aplicativo de informacion DGH.										
4	Se realizo validacion de cada una de las cuentas, para evidenciar trazabilidad de las facturas entregadas para tramite, y asi realizar un proceso efectivo.										
5	Se trabajan las devoluciones teniendo en cuenta cada agilsalud,anexando los soportes pertinentes en cada uno										
6	Se consultaron bases de datos, para identificar afiliaciones al regimen de seguridad social en salud, y paginas de las diferentes entidades para descargar evidencia de servicios prestados (autorizaciones, Adres, Comprobador de derechos,), por parte de la Subred Integrada De Servicios de Salus Centro Oriente, a los diferentes usuarios que fueron notificacdos con causales de devolucion.										
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° 86160699	OPERADOR:	MI PLANILLA
CONCEPTO DEL PAGO	ENTIDAD	FECHA DE PAGO	VALOR PAGADO
SALUD:	SANITAS	2025/05/12	\$ 178.000
PENSIÓN:	COLFONDOS	2025/05/12	\$ 227.800
RIESGOS LABORALES:	SEGUROS BOLIVAR	2025/05/12	\$ 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><div>OLGA LUCIA DAZA MARTINEZ PS_4215_2025_9F9561-2025-05-19 08:27:57</div></div> <div>OLGA LUCIA DAZA MARTINEZ</div> <div>CC: 52212853</div> <div>CEL: 3222636123</div>
FIRMA DE QUIEN CONVALIDA EL CUMPLIMIENTO DE LAS OBLIGACIONES PARA EL PRESENTE PERIODO DE PAGO:	<div><div>RONALD AGUILAR GOMEZ PS_4215_2025_9F9561-2025-05-19 14:07:10</div></div> <div>RONALD AGUILAR GOMEZ</div> <div>CARGO:</div> <div>DIRECTOR FINANCIERO CODIGO 009 GRADO 05</div>
FIRMA DE QUIEN VALIDA:	<div><div>JULIETH VILLA CARPIO PS_4215_2025_9F9561-2025-05-19 13:30:40</div></div> <div>JULIETH VILLA CARPIO</div> <div>PERFIL:</div> <div>ESPECIALISTA EN GERENCIA DE INSTITUCIONES DE SALUD</div>

DATOS DEL APORTANTE						
TIPO	NÚMERO	NOMBRE APORTANTE		DIRECCIÓN	TELÉFONO	CORREO
CC	52212853	OLGA LUCIA DAZA MARTINEZ		CALLE 28 # 37-91	3222636123	OLGALU2416@GMAIL.COM
FORMA PRESENTACIÓN	CLASE APORTANTE	NOMBRE SUCURSAL	CÓDIGO	DEPARTAMENTO	CIUDAD / MUNICIPIO	
ÚNICA	I – Independiente			BOGOTÁ D. C.	BOGOTÁ, D.C.	
EXONERADO PAGO PARAFISCALES Y SALUD						NO

DATOS DE LA PLANILLA					
PLANILLA ASOCIADA	FECHA PAGO ASOCIADA (DIA/MES/AÑO)	TIPO PLANILLA	FECHA PAGO (DIA/MES/AÑO)	NÚMERO PLANILLA	CANTIDAD
					EMPLEADOS UPC
PERIODO SALUD	PERIODO PENSIONES				1 0
2025-04	2025-04	I	12/05/2025	86160699	\$469.000

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					
EPS005	Sanitas EPS	800251440-6	178.000	0		0		0	0	0	0	178.000	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
231001	Colfondos	800227940-6	227.800	0	0	0	0	0	0		227.800	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										
14-7	Seguros Bolivar S.A.	860002503-2	34.700				34.700	0	0	34.700			347	34.700	1

TOTALES CAJAS							
Código CCF	Nombre				NIT	Valor Aporte	Días Mora
CCF24	Compensar Caja				860066942-7	28.500	0

TOTALES PARAFISCALES				
Valor Aporte	Días Mora	Valor Mora Aporte	Total a Pagar	No. Afiliados
SENA				
0	0	0	0	0
ICBF				
0	0	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	178.000	178.000
Pensión	1	227.800	227.800
Riesgos Laborales	1	34.700	34.700
CCF	1	28.500	28.500
ESAP	0	0	0
ICBF	0	0	0
MEN	0	0	0
SENA	0	0	0
TOTALES	4	469.000	469.000

DATOS DEL APORTANTE						
TIPO	NÚMERO	NOMBRE APORTANTE		DIRECCIÓN	TELÉFONO	CORREO
CC	52212853	OLGA LUCIA DAZA MARTINEZ		CALLE 28 # 37-91	3222636123	OLGALU2416@GMAIL.COM
FORMA PRESENTACIÓN	CLASE APORTANTE	NOMBRE SUCURSAL	CÓDIGO	DEPARTAMENTO	CIUDAD / MUNICIPIO	
ÚNICA	I – Independiente			BOGOTÁ D. C.	BOGOTÁ, D.C.	
						EXONERADO PAGO PARAFISCALES Y SALUD
						NO

DATOS DE LA PLANILLA					
PLANILLA ASOCIADA	FECHA PAGO ASOCIADA (DIA/MES/AÑO)	TIPO PLANILLA	FECHA PAGO (DIA/MES/AÑO)	NÚMERO PLANILLA	CANTIDAD
					EMPLEADOS
PERIODO SALUD	PERIODO PENSIONES				UPC
2025-04	2025-04	I	12/05/2025	86160699	\$469.000

DETALLE POR COTIZANTE																																													
INFORMACIÓN COTIZANTE										INFORMACIÓN NOVEDADES							PENSIÓN							SALUD			RIESGOS LABORALES			CCF			PARAFISCALES												
No.	Tipo	No. de Identificación	Apellidos y Nombres	Cotizante	Subjeto	Exonerado	Clase de Riesgo	ING	RET	TDE	TAE	TDP	TAP	VBP	VBT	SILN	IOE	IVA	IVA	APR	VCT	RL	CORRECCIÓN	Cód. AFP	IBC AFP	Cotización	Voluntari o Afiliado	Voluntario Aportante	Fondo pensional de solidaridad	Fondo pensional de subsistencia	Cód. EPS	IBC EPS	Cotización / Valor UPC	Cód. ARL	IBC ARL	Clase de Riesgo	Cotización	Código CCF	IBC CCF	Aporte CCF	IBC otros parafiscales	Aporte SENA	Aporte ICBF	Aporte ESAP	Aporte MEN
1	CC	52212853	DAZA MARTINEZ OLGA LUCIA	59	0	N																		231001	1.423.500	227.800	0	0	0	0	EPS005	1.423.500	178.000	14-7	1.423.500	3	34.700	CCF24	1.423.500	28.500	0	0	0	0	0

PAGADA