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: (30-04-2025)						
NOMBRES Y APELLIDOS:	**NATALIA BEATRIZ MUÑOZ PARRA**				**CC:**	**1015401316**
					RUT (NIT):	**1015401316**
CORREO ELECTRÓNICO:	**NATALIAMUÑOZ923@GMAIL.COM**				**TELÉFONO:**	**3144024039**
DIRECCIÓN DOMICILIO:	**KR 5A 97 55 SUR**				**CIUDAD:**	**BOGOTA**
BANCO AL CUAL CONSIGNAR:	**BANCO CAJA SOCIAL**		**TIPO DE CUENTA:**	**AHORROS**	**N° CUENTA:**	**24054504000**

NÚMERO DEL CONTRATO Y DATOS DE LA ÚLTIMA ADICIÓN (PERIODO OBJETO DE PAGO)						
Nº DEL CONTRATO:	**PS 3264 2025**	**N° CDP:**	**786**	**N°. RP:**	**12399**	**PLAZO DEL CONTRATO INCLUIDAS PRORROGAS:**
FECHA DE INICIO CONTRATO	**2025/01/01**	**FECHA DE TERMINACIÓN CONTRATO:**		**2025/03/31**		**VALOR TOTAL DEL CONTRATO INCLUIDO ADICIONES: 23.360.400**
PERIODO OBJETO DE COBRO:	**DEL 2025/04/01 AL 2025/04/09**					
VALOR A PAGAR CORRESPONDIENTE AL PERIODO OBJETO DE COBRO	**$ 1.168.020**					

NATALIA BEATRIZ MUÑOZ PARRA
PS_3264_2025_8BAC6C-2025-04-16 16:40:52

NOMBRE Y FIRMA DEL CONTRATISTA:
NATALIA BEATRIZ MUÑOZ PARRA
CC: 1015401316
CEL: 3144024039

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 SUPERVISION CONTRATO DE PRESTACION DE SERVICIOS Y DE APOYO A LA GESTIÓN**	**CÓDIGO:** **AP-IA-FT-077** **VERSIÓN: 2** **FECHA: 2024-09-16**

CELEBRADO ENTRE LA SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E Y					
NOMBRE DEL CONTRATISTA			**NATALIA BEATRIZ MUÑOZ PARRA**		
NÚMERO DE DOCUMENTO DE IDENTIDAD:			**1.015.401.316**		
I. INFORMACION GENERAL DEL CONTRATO DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS					
OBJETO DEL CONTRATO:	PRESTAR SERVICIOS COMO PROFESIONAL UNIVERSITARIO PARA DESARROLLAR ACTIVIDADES EN LA DIRECCION DE CONTRATACION EN EL PROCESO DE SELECCION DE LA SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E.				
CONTRATO DE PRESTACION DE SERVICIOS PROFESIONALES No.	**PS 3264 2025**		**FECHA INICIO CONTRATO**		**2025/01/01**
VALOR INICIAL DEL CONTRATO	$ 11.680.200				
VALOR TOTAL DEL CONTRATO INCLUIDO ADICIONES:	$ 23.360.400		**VALOR DE HONORARIOS PERÍODO A CERTIFICAR:**		$ 1.168.020
N° DE INFORME:	5	**Nº CRP INICIAL:**	5097	**N° CDP INICIAL DEL CONTRATO**	2
PLAZO DEL CONTRATO INCLUYENDO PRORROGAS					
PROCESO EN DONDE SE EJECUTARON LAS ACTIVIDADES:	DIRECCION DE CONTRATACION				
UNIDAD FUNCIONAL DE EJECUCIÓN DE ACTIVIDADES:	SEDE ADMINISTRATIVA DIAGONAL 34				
NOMBRE DEL SUPERVISOR:	MARIA LORENA ROJAS VAN STRAHLEN				
II. MODIFICACIONES CONTRACTUALES					
N° DE MODIFICACIÓN:	(1)	**TIPO DE MODIFICACIÓN (ADICIÓN - PRÓRROGA):**		ADICION (X)	PRORROGA (X)
VALOR ADICIONADO	$ 11.680.200	**CDP DE LA ADICIÓN:**	786	**RP DE LA ADICIÓN:**	12399
TIEMPO PRORROGADO:					
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	SE HACE SOLICITUD DOCUMENTAL A LAS HOJAS DE VIDA SELECCIONAS DESDE EL CORREO SELECCIÓN TH O REMITIDAS POR LA DIRECCIÓN, DESPUÉS QUE EL CANDIDATO RECOPILA LA INFORMACIÓN DOCUMENTAL EN LA CARPETA, SE HACE LA REVISIÓN DE CADA UNO DE LOS DOCUMENTOS, SE PROCEDE A AGENDAR PRUEBAS PSICOTÉCNICAS A CADA UNO DE LOS CANDIDATOS QUE HAN ENVIADO CARPETA, LAS PRUEBAS SON REVISADAS Y PONDERAS EN LA MATRIZ, SE HACE REVISIÓN EN LA PLATAFORMA SIDEAP A CADA UNO DE LOS MÓDULOS SOLICITADOS VERIFICANDO QUE LA INFORMACIÓN SEA CORRECTA, SE VERIFICA EL SECOP REVISANDO QUE EL CANDIDATO SE CREO DE MANERA CORRECTA, DESPUÉS DE REVISANDO CADA UNO DE LOS FILTROS SE PROCEDE HACER SEGUIMIENTO POR MEDIO DE CORREO, INDICÁNDOLE AL CANDIDATO LAS SUBSANACIONES QUE DEBE REALIZAR, CONSTANTEMENTE SE HACE SEGUIMIENTO AL CANDIDATOS PARA PODER COMPLETAR AL 100 POR CIERTO CADA UNA DE LAS CARPETAS. DESPUÉS QUE SE COMPLETA LOS FILTROS DE LA CARPETA DE CADA UNO DE LOS CANDIDATOS DEBE SER RADICADO, POR LO CUAL SE DEBE ESCANEAR LAS NECESIDADES, FORMATOS DE INSUFICIENCIA, SOLICITUD DE CDP Y SACAR EL SARLAF. AL TENER TODO LO ANTERIOR SE HACE ENTREGA DEL CANDIDATO AL ÁREA DE CONTRATACIÓN.

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 (2025-04-01) AL (2025-04-09)

VI. INFORMACIÓN DE APORTES A SEGURIDAD SOCIAL

No. DE PLANILLA:	N° 85152351	OPERADOR:	MI PLANILLA

CONCEPTO DEL PAGO	ENTIDAD	FECHA DE PAGO	VALOR PAGADO
SALUD:	SANITAS	2025/04/09	$ 195.500
PENSIÓN:	PROTECCION	2025/04/09	$ 250.200
RIESGOS LABORALES:	SURA	2025/04/09	$ 38.200
OTRO			
TOTAL PAGADO			$ 483.900

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:	*NATALIA BEATRIZ MUÑOZ PARRA* *PS_3264_2025_8BAC6C-2025-04-16 16:40:52* **NATALIA BEATRIZ MUÑOZ PARRA** **CC: 1015401316** **CEL: 3144024039**
FIRMA DE QUIEN CONVALIDA EL CUMPLIMIENTO DE LAS OBLIGACIONES PARA EL PRESENTE PERIODO DE PAGO:	*MARIA LORENA ROJAS VAN STRAHLEN* *PS_3264_2025_8BAC6C-2025-04-16 16:56:21* **MARIA LORENA ROJAS VAN STRAHLEN** **CARGO:** **DIRECTOR OPERATIVO CODIGO 009 GRADO 05**