**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 2025/04/10 AL 2025/04/30** | | | | | |
| **VALOR A PAGAR CORRESPONDIENTE AL PERIODO OBJETO DE COBRO** | **$ 2.725.380** | | | | | |

*NATALIA BEATRIZ MUÑOZ PARRA*
*PS_3264_2025_388F60-2025-04-15 19:45:56*

**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**<br>**APOYO - GESTION DE CONTRATACIÓN**<br>**FORMATO INFORME DE SUPERVISION CONTRATO DE PRESTACION DE SERVICIOS Y DE APOYO A LA GESTIÓN** | **CÓDIGO:** **AP-IA-FT-077**<br>**VERSIÓN: 2**<br>**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:** | $ 2.725.380 | |
| **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:** | JORGE ALBERTO GARCIA GONZALEZ | | | | |
| **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**<br>**(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 (2025-04-10) AL (2025-04-30)

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 | $ 194.670 |
| PENSIÓN: | PROTECCION | 2025/04/09 | $ 249.178 |
| RIESGOS LABORALES: | SURA | 2025/04/09 | $ 37.938 |
| OTRO | | | |
| TOTAL PAGADO | | | $ 481.786 |

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*<br>*PS_3264_2025_388F60-2025-04-15 19:45:56*<br>**NATALIA BEATRIZ MUÑOZ PARRA**<br>**CC: 1015401316**<br>**CEL: 3144024039** |
| **FIRMA DE QUIEN CONVALIDA EL CUMPLIMIENTO DE LAS OBLIGACIONES PARA EL PRESENTE PERIODO DE PAGO:** | *JORGE ALBERTO GARCIA GONZALEZ*<br>*PS_3264_2025_388F60-2025-04-21 22:09:08*<br>**JORGE ALBERTO GARCIA GONZALEZ**<br>**CARGO:**<br>**DIRECTOR DE CONTRATACION** |

compensar | miplanilla.com

# PLANILLA INTEGRADA DE AUTOLIQUIDACION DE APORTES



| DATOS DEL APORTANTE | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|
| TIPO | NÚMERO | NOMBRE APORTANTE | DIRECCIÓN | TELÉFONO | CORREO | EXONERADO PAGO PARAFISCALES Y SALUD |
| CC | 1015401316 | NATALIA BEATRIZ MUÑOZ PARRA | Carrera5c91-34sur | 3144024039 | nataliaparra18@gmail.com | |
| FORMA PRESENTACIÓN | CLASE APORTANTE | NOMBRE SUCURSAL / CÓDIGO | DEPARTAMENTO | CIUDAD / MUNICIPIO | | |
| ÚNICA | I – Independiente | | BOGOTÁ D. C. | BOGOTÁ, D.C. | | NO |

| DATOS DE LA PLANILLA | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|
| PLANILLA ASOCIADA | FECHA PAGO ASOCIADA (DIA/MES/AÑO) | TIPO PLANILLA | FECHA PAGO (DIA/MES/AÑO) | NÚMERO PLANILLA | CANTIDAD EMPLEADOS | CANTIDAD UPC |
| | | | | | 1 | 0 |
| PERIODO SALUD | PERIODO PENSIONES | | | | TOTAL A PAGAR | |
| 2025-03 | 2025-03 | I | 09/04/2025 | 85152351 | $483.900 | |

## 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 | 194.800 | 0 | | 0 | | 0 | 5 | 700 | 0 | 195.500 | 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 |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 230201 | Proteccion (ING + Proteccion) | 800229739-0 | 249.300 | 0 | 0 | 0 | 0 | 5 | 900 | 0 | 250.200 | 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 | | | | | | | | | | |
| 14-11 | ARL SURA | 890903790-5 | 38.000 | | | | 38.000 | 5 | 200 | 38.200 | | | 380 | 38.200 | 1 |

**TOTALES CAJAS**

| Código CCF | Nombre | NIT | Valor Aporte | Días Mora | Valor Mora Aporte | Total a Pagar | No. Afiliados |
|---|---|---|---|---|---|---|---|

**TOTALES PARAFISCALES**

| Valor Aporte | Días Mora | Valor Mora Aporte | Total a Pagar | No. Afiliados |
|---|---|---|---|---|
| SENA | | | | |
| 0 | 5 | 0 | 0 | 0 |
| ICBF | | | | |
| 0 | 5 | 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 | 194.800 | 195.500 |
| Pensión | 1 | 249.300 | 250.200 |
| Riesgos Laborales | 1 | 38.000 | 38.200 |
| CCF | 0 | 0 | 0 |
| ESAP | 0 | 0 | 0 |
| ICBF | 0 | 0 | 0 |
| MEN | 0 | 0 | 0 |
| SENA | 0 | 0 | 0 |
| **TOTALES** | 3 | 482.100 | 483.900 |

PAGADA

Este documento está clasificado como PRIVADO por parte de Compensar Operador de Información

compensar | miplanilla.com

# PLANILLA INTEGRADA DE AUTOLIQUIDACION DE APORTES



| DATOS DEL APORTANTE | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|
| TIPO | NÚMERO | NOMBRE APORTANTE | | DIRECCIÓN | TELÉFONO | CORREO |
| CC | 1015401316 | NATALIA BEATRIZ MUÑOZ PARRA | | Carrera5c91-34sur | 3144024039 | nataliaparra18@gmail.com |
| **FORMA PRESENTACIÓN** | **CLASE APORTANTE** | **NOMBRE SUCURSAL** | **CÓDIGO** | **DEPARTAMENTO** | **CIUDAD / MUNICIPIO** | **EXONERADO PAGO PARAFISCALES Y SALUD** |
| ÚNICA | I – Independiente | | | BOGOTÁ D. C. | BOGOTÁ, D.C. | 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 |
| | | | | | 1 | 0 |
| PERIODO SALUD | PERIODO PENSIONES | | | | TOTAL A PAGAR | |
| 2025-03 | 2025-03 | I | 09/04/2025 | 85152351 | $483.900 | |

## DETALLE POR COTIZANTE

| INFORMACIÓN COTIZANTE | | | | | | | | | INFORMACIÓN NOVEDADES | | | | | | | | | | | | | | | | | | PENSIÓN | | | | | | | SALUD | | | RIESGOS LABORALES | | | | CCF | | | PARAFISCALES | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| No. | Tipo | No. de Identificación | Apellidos y Nombres | Cotizante | Subtipo | Extranjero | Colom. exterior | Estornado | ING | RET | TDE | TAE | TDP | TAP | VSP | VST | SLN | IGE | LMA | VAC | AVP | VCT | IRL | CORRECCIÓN | Cód. AFP | IBC AFP | Cotización | Voluntario 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 | 1015401316 | MUÑOZ PARRA NATALIA BEATRIZ | 59 | 0 | | | N | | | | | | | | | | | | | | | | | 230201 | 1.558.000 | 249.300 | 0 | 0 | 0 | 0 | EPS005 | 1.558.000 | 194.800 | 14-11 | 1.558.000 | 3 | 38.000 | | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 |

PAGADA

Este documento está clasificado como PRIVADO por parte de Compensar Operador de Información