**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: 5**
**FECHA: 2024-09-09**

| DATOS DEL CONTRATISTA | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| **FECHA DE DILIGENCIAMIENTO: (31-07-2025)** | | | | | |
| **NOMBRES Y APELLIDOS:** | **JOHANNA NATALIA ACOSTA OROZCO** | | | **CC:** | **1022963387** |
| **CORREO ELECTRÓNICO:** | **NATALIAACOSTA73@GMAIL.COM** | | | **TELÉFONO:** | **3214830471** |
| **DIRECCIÓN DOMICILIO:** | **KR 7B 99 15 SUR** | | | **CIUDAD:** | **BOGOTA** |
| **BANCO AL CUAL CONSIGNAR:** | **BANCO DAVIVIENDA S.A.** | **TIPO DE CUENTA:** | **AHORROS** | **N° CUENTA:** | **462870057199** |

| DATOS DEL CONTRATO O ADICION Y PERIODO OBJETO DE PAGO | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|
| **Nº DEL CONTRATO:** | **PS 1116 2025** | **N° CDP:** | **1797** | **N°. RP:** | **0** | **PLAZO DEL CONTRATO INCLUIDAS PRORROGAS: OCHO (8) MESES** |
| **FECHA DE INICIO CONTRATO** | **2025/01/01** | **FECHA DE TERMINACIÓN CONTRATO:** | | **2025/08/31** | | |
| **PERIODO OBJETO DE COBRO:** | **DEL 2025/07/01 AL 2025/07/31** | | | | | |
| **VALOR A PAGAR CORRESPONDIENTE AL PERIODO OBJETO DE COBRO** | **$ 3.787.776** | | | | | |

*JOHANNA NATALIA ACOSTA OROZCO*
*PS_1116_2025_F57D6E-2025-07-18 13:27:40*

**NOMBRE Y FIRMA DEL CONTRATISTA:**
**JOHANNA NATALIA ACOSTA OROZCO**
**CC: 1022963387**
**CEL: 3214830471**

| | | |
|---|---|---|
| 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 EJECUCIÓN Y SUPERVISION DE ACTIVIDADES DEL CONTRATO DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS Y DE APOYO A LA GESTIÓN** | **CÓDIGO:** AP-IA-FT-077<br>**VERSIÓN:** 2<br>**FECHA:** 2025-06-09 |

| | | | |
|---|---|---|---|
| **CELEBRADO ENTRE LA SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E Y** | | | |
| **JOHANNA NATALIA ACOSTA OROZCO** | | | |
| | **CON C.C N°** | **1.022.963.387** | |
| **OBJETO DEL CONTRATO:** | PRESTAR SERVICIOS PROFESIONALES COMO ENFERMERO (A) PARA DESARROLLAR ACTIVIDADES EN LA DIRECCION DE SERVICIOS AMBULATORIOS DE LA SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E. | | |
| **CONTRATO DE PRESTACION DE SERVICIOS PROFESIONALES No.** | **PS 1116 2025** | **FECHA INICIO CONTRATO** | **2025/01/01** |
| **VALOR INICIAL DEL CONTRATO** | $ 15.151.104 | **No. HORAS EJECUTADAS** | **192** |
| **VALOR TOTAL DEL CONTRATO INCLUIDO ADICIONES:** | $ 30.302.208 | **VALOR DE HONORARIOS PERÍODO A CERTIFICAR:** | $ 3.787.776 |
| **PLAZO DEL CONTRATO INCLUYENDO PRORROGAS** | OCHO (8) MESES | | |
| **UNIDAD FUNCIONAL DE EJECUCIÓN DE ACTIVIDADES:** | CENTRO DE SALUD DIANA TURBAY | | |
| **NOMBRE DEL SUPERVISOR:** | BERTHA SOFIA DIAZ QUEVEDO | | |

| **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 | Manejo de programas de atencion y condiciones de los usuarios, programacion y supervicion de las actividades que realizan las auxiliares de enfermeria y demas procedimientos, actividades y reportes que se deriven de la atencion relacionada con la profesion sugun demanda de usuarios y y necesidad del servisio. |
| 2 | Realizar seguimientos a los programas de promocion de la salud y detencion de la enfermedad conforme a la necesidad del servicio, asi como de eventos de interes publica. |
| 3 | Prestar servicios de apoyo en forma personal y autonoma como enfermeraen el servico de consulta externa, en lo relacionado con actividades de promocion de la salud y detencion de la enfermedad segun curso de vida. |

**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 (2025-07-01) AL (2025-07-31)

IV. INFORMACIÓN DE APORTES A SEGURIDAD SOCIAL

| | | | |
|---|---|---|---|
| No. DE PLANILLA: | N° 33741718 | OPERADOR: | ASOPAGOS |
| CONCEPTO DEL PAGO | ENTIDAD | FECHA DE PAGO | VALOR PAGADO |
| SALUD: | SANITAS | 2025/07/08 | $ 189.400 |
| PENSIÓN: | PROTECCION | 2025/07/08 | $ 242.500 |
| RIESGOS LABORALES: | POSITIVA | 2025/07/08 | $ 37.000 |
| OTRO | | | |
| TOTAL PAGADO | | | $ 468.900 |

| V. DECLARACIONES DEL CONTRATISTA | |
|---|---|
| 1.- Que desarrollé las actividades descritas en el informe anexo, dentro del período de cobro.<br>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)<br>3- Que adjunto evidencia del cargue en el aplicativo secop de la cuenta correspondiente al mes objeto de cobro .<br>4.- Que autorizo los impuestos a que estoy obligado a pagar, por ocasión al señalado contrato. | |
| VII. ANEXOS<br>(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** | *JOHANNA NATALIA ACOSTA OROZCO*<br>*PS_1116_2025_F57D6E-2025-07-18 13:27:40*<br>**JOHANNA NATALIA ACOSTA OROZCO**<br>**CC: 1022963387** |
| **FIRMA DE QUIEN CONVALIDA EL CUMPLIMIENTO DE LAS OBLIGACIONES PARA EL PRESENTE PERIODO DE PAGO** | *BERTHA SOFIA DIAZ QUEVEDO*<br>*PS_1116_2025_F57D6E-2025-07-18 18:28:22*<br>**BERTHA SOFIA DIAZ QUEVEDO**<br>**SUPERVISOR DEL CONTRATO** |

# RESUMEN PLANILLA PAGADA

| DATOS GENERALES DEL APORTANTE | | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| IDENTIFICACIÓN | DV | RAZÓN SOCIAL | CLASE | CÓDIGO | ARL | F. PRESENTACIÓN | ACT. ECO | TIPO DE EMPRESA |
| CC 1022963387 | 0 | JOHANNA NATALIA ACOSTA OROZCO | I | 0 | POSITIVA - 14-23 | ÚNICA | 7490 | Natural |
| MUN-DEP | DIRECCIÓN | | TELÉFONO | | | EMAIL | | EXENTO DE PARAFISCALES |
| 11-1 | KR 7B 99 15 SUR | | 3214830471 | | | NATALIAACOSTA73@GMAIL.COM | | N |

| DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACIÓN | | | | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| PERÍODO PENSIÓN | PERÍODO SALUD | PLANILLA | TIPO PLANILLA | FECHA PAGO | CENTRO DE TRABAJO | DEPARTAMENTO | MUNICIPIO | VALOR PAGO | INTERÉS X MORA | ENTIDAD RECAUDO |
| 2025-06 | 2025-06 | 33741718 | I | 2025-07-08 | TODOS LOS CENTROS | TODOS | TODOS | 468.900 | 0 | BANCO DAVIVIENDA |
| Nº AFILIADOS | REF. DE PAGO (PIN) | FECHA LÍMITE PAGO | ESTADO PLANILLA | | | | | | | |
| 1 | 33741718 | 2025-07-18 | Pagada | | | | | | | |

| EMPLEADO | | | | | NOVEDADES | | | | | | | | | | | | | | | DÍAS | | | | PENSIÓN | | | | | SALUD | | | CCF | | | RIESGOS | | TARIFA | PARAF | SENA | ICBF | ESAP | MIN | Tipo Cot. | Sub. Tipo Cot. | Total | Exento de Parafiscales | Actividad Económica |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| N. | ID | EMPLEADO | SALARIO | MODALIDAD DE SALARIO | ING | RET | TDE | TAE | TDP | TAP | VSP | VTE | VST | SLN | IGE | LMA | VAC | AVP | VCT | IRL | EPST | AFPT | AFP | EPS | CCF | ARL | NOMBRE | IBC | Cot | FNSOL | FNSUB | NOMBRE | IBC | Cot | NOMBRE | IBC | Cot | IBC | Cot. | ARL | IBC | Cot. | Cot. | Cot. | Cot. | | | | | |
| 1 | CC 1022963387 | ACOSTA OROZCO JOHANNA NATALIA | 1.515.110 | | | | | | | | | | | | | | | | | 0 | | | 30 | 30 | 0 | 30 | PROTECCION -230201 | 1.515.110 | 242.500 | 0 | 0 | SANITAS-EPS005 | 1.515.110 | 189.400 | SIN CCF-SINCCF | 0 | 0 | 1.515.110 | 37.000 | 0,02436 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 59 | 0 | 468.900 | N | 2749002 |


# RESUMEN PLANILLA PAGADA

| DATOS GENERALES DEL APORTANTE | | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| IDENTIFICACIÓN | DV | RAZÓN SOCIAL | CLASE | CÓDIGO | ARL | F. PRESENTACIÓN | ACT. ECO | TIPO DE EMPRESA |
| CC 1022963387 | 0 | JOHANNA NATALIA ACOSTA OROZCO | I | 0 | POSITIVA - 14-23 | ÚNICA | 7490 | Natural |
| MUN-DEP | DIRECCIÓN | | TELÉFONO | | | EMAIL | | EXENTO DE PARAFISCALES |
| 11-1 | KR 7B 99 15 SUR | | 3214830471 | | | NATALIAACOSTA73@GMAIL.COM | | N |

| DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACIÓN | | | | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| PERÍODO PENSIÓN | PERÍODO SALUD | PLANILLA | TIPO PLANILLA | FECHA PAGO | CENTRO DE TRABAJO | DEPARTAMENTO | MUNICIPIO | VALOR PAGO | INTERÉS X MORA | ENTIDAD RECAUDO |
| 2025-06 | 2025-06 | 33741718 | I | 2025-07-08 | TODOS LOS CENTROS | TODOS | TODOS | 468.900 | 0 | BANCO DAVIVIENDA |
| Nº AFILIADOS | REF. DE PAGO (PIN) | FECHA LÍMITE PAGO | ESTADO PLANILLA | | | | | | | |
| 1 | 33741718 | 2025-07-18 | Pagada | | | | | | | |


| TOTALES IBC | | | | |
|---|---|---|---|---|
| IBC PENSIÓN | IBC SALUD | IBC RIESGOS | IBC CAJAS | IBC PARAF |
| 1.515.110 | 1.515.110 | 1.515.110 | 0 | 0 |

| SUBSISTEMA | CÓDIGO | NIT | DV | AFILIADOS | VALOR LIQUIDADO | VALOR UPC | INTERESES MORA | SALDOS E INCAPACIDADES DESCONTADOS | VALOR A PAGAR |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| AFP(Administradoras: 1) | | | | 1 | 242.500 | 0 | 0 | 0 | 242.500 |
| PROTECCION | 230201 | 800229739 | 0 | 1 | 242.500 | 0 | 0 | 0 | 242.500 |
| EPS(Administradoras: 1) | | | | 1 | 189.400 | 0 | 0 | 0 | 189.400 |
| SANITAS | EPS005 | 800251440 | 6 | 1 | 189.400 | 0 | 0 | 0 | 189.400 |
| ARP(Administradoras: 1) | | | | 1 | 37.000 | 0 | 0 | 0 | 37.000 |
| POSITIVA | 14-23 | 860011153 | 6 | 1 | 37.000 | 0 | 0 | 0 | 37.000 |
| Gran Total | | | | | 468.900 | 0 | 0 | 0 | 468.900 |