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: (31-08-2025)					
NOMBRES Y APELLIDOS:	**NATALIA BEATRIZ MUÑOZ PARRA**			**CC:**	**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**

DATOS DEL CONTRATO O ADICION Y PERIODO OBJETO DE PAGO						
Nº DEL CONTRATO:	**PS 3264 2025**	**N° CDP:**	**2499**	**N°. RP:**	**0**	**PLAZO DEL CONTRATO INCLUIDAS PRORROGAS: DIEZ (10) MESES**
FECHA DE INICIO CONTRATO	**2025/01/01**	**FECHA DE TERMINACIÓN CONTRATO:**		**2025/10/31**		
PERIODO OBJETO DE COBRO:	**DEL 2025/08/01 AL 2025/08/31**					
VALOR A PAGAR CORRESPONDIENTE AL PERIODO OBJETO DE COBRO	**$ 3.893.400**					

NATALIA BEATRIZ MUÑOZ PARRA
PS_3264_2025_6D88F4

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

CELEBRADO ENTRE LA SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E Y			
NATALIA BEATRIZ MUÑOZ PARRA			
	CON C.C N°	**1.015.401.316**	
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	**No. HORAS EJECUTADAS**	**0**
VALOR TOTAL DEL CONTRATO INCLUIDO ADICIONES:	$ 38.934.000	**VALOR DE HONORARIOS PERÍODO A CERTIFICAR:**	$ 3.893.400
PLAZO DEL CONTRATO INCLUYENDO PRORROGAS	DIEZ (10) MESES		
UNIDAD FUNCIONAL DE EJECUCIÓN DE ACTIVIDADES:	SEDE ADMINISTRATIVA DIAGONAL 34		
NOMBRE DEL SUPERVISOR:	JORGE ALBERTO GARCIA GONZALEZ		

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.REALIZAR LAS PRUEBAS PSICOTÉCNICAS DE MANERA COMPETENTE Y ÉTICA, SIGUIENDO LAS DIRECTRICES Y ESTÁNDARES ÉTICOS ESTABLECIDOS POR LA PROFESIÓN. ESTO INCLUYE LA OBJETIVIDAD EN LA ADMINISTRACIÓN DE LAS PRUEBAS, LA INTERPRETACIÓN PRECISA DE LOS RESULTADOS Y EL RESPETO A LA DIGNIDAD Y DERECHOS DE LOS EVALUADOS. SE PROGRAMARON LAS PRUEBAS PSICOTÉCNICAS PARA CADA CANDIDATO CON CARPETA ENVIADA. LAS PRUEBAS FUERON APLICADAS, REVISADAS E INTERPRETADAS, REGISTRANDO LOS RESULTADOS EN LA MATRIZ DE EVALUACIÓN CORRESPONDIENTE. 2. MANTENER LA CONFIDENCIALIDAD DE LA INFORMACIÓN OBTENIDA DURANTE LA ADMINISTRACIÓN DE LAS PRUEBAS PSICOTÉCNICAS. ADEMÁS, DEBE GARANTIZAR LA PROTECCIÓN DE LOS DATOS PERSONALES DE LOS EVALUADOS DE ACUERDO CON LAS LEYES DE PRIVACIDAD Y PROTECCIÓN DE DATOS VIGENTES SE GARANTIZA LA CONFIDENCIALIDAD Y PROTECCIÓN DE LOS DATOS PERSONALES OBTENIDOS DURANTE EL PROCESO, DE ACUERDO CON LA LEGISLACIÓN VIGENTE EN MATERIA DE PRIVACIDAD Y PROTECCIÓN DE DATOS. 3. REALIZAR LAS ACCIONES NECESARIAS, PARA LA ADECUADA EJECUCIÓN DEL PROCEDIMIENTO DE SELECCIÓN DE PERSONAL, ENTRE LAS QUE SE INCLUYE, RECLUTAMIENTO Y SELECCIÓN, REALIZACIÓN DE ENTREVISTAS, VERIFICACIÓN DOCUMENTAL Y LA EMISIÓN DEL RESPECTIVO INFORME. SE REALIZÓ LA SOLICITUD FORMAL DE DOCUMENTACIÓN A LAS HOJAS DE VIDA PRESELECCIONADAS, YA SEA MEDIANTE EL CORREO DE SELECCIÓNTH@SUBREDCENTROORIENTE.GOV.CO O POR REMISIÓN DIRECTA DESDE LA DIRECCIÓN CORRESPONDIENTE.UNA VEZ EL CANDIDATO ENVIÓ LA CARPETA CON LOS DOCUMENTOS REQUERIDOS, SE PROCEDE A LA VERIFICACIÓN DETALLADA DE CADA SOPORTE, VALIDANDO EL CUMPLIMIENTO DE LOS REQUISITOS ESTABLECIDOS PARA CONTINUAR EN EL PROCESO. LA INFORMACIÓN SE SUMINISTRA A TRAVÉS DE BASES DE DATOS, LAS CUALES SE COMPARTE CON LOS ENLACES DE CADA DIRECCIÓN, PARA QUE TENGAN CONOCIMIENTOS DE LA GESTIÓN DE CADA PROCESO, SE VALIDA LA PLATAFORMA SIDEAP: SE VERIFICA LA INFORMACIÓN CARGADA POR CADA CANDIDATO EN LOS MÓDULOS CORRESPONDIENTES DE LA PLATAFORMA SIDEAP, ASEGURANDO QUE TODOS LOS DATOS ESTÉN CORRECTOS Y COMPLETOS, PARA ASÍ VALIDAR LA HOJA DE VIDA, SE REALIZA SEGUIMIENTO INDIVIDUALIZADO MEDIANTE CORREO ELECTRÓNICO, INFORMANDO A LOS CANDIDATOS LAS INCONSISTENCIAS O DOCUMENTOS FALTANTES PARA SU SUBSANACIÓN SEGUIMIENTO CONTINUO A LOS CANDIDATOS: SE MANTUVO UN MONITOREO CONSTANTE DEL CUMPLIMIENTO DOCUMENTAL POR PARTE DE LOS CANDIDATOS, CON EL OBJETIVO DE LOGRAR LA CONFORMACIÓN COMPLETA DEL 100% DE CADA CARPETA 4. VALIDAR LOS SOPORTES DOCUMENTALES DE LA LISTA DE CHEQUEO PARA EL PROCESO DE CONTRATACIÓN EN LA PLATAFORMA DE SECOP II SE PROCEDE A LA VERIFICACIÓN DETALLADA DE CADA SOPORTE SEGÚN LISTA DE CHEQUEO Y PERFIL SOLIICTADO, VALIDANDO EL CUMPLIMIENTO DE LOS REQUISITOS ESTABLECIDOS. 5 GARANTIZAR LA OPORTUNA DE LA ENTREGA DE LOS INSUMOS NECESARIOS PARA LA REALIZACIÓN DEL MONTAJE CONTRACTUAL AL ÁREA DE OPS 6. SE PROCEDE A LA RADICACIÓN FORMAL, INCLUYENDO EL ESCANEO DE LOS SIGUIENTES DOCUMENTOS: A. FORMATOS DE NECESIDAD DEL SERVICIO B. FORMATOS DE INSUFICIENCIA C. SOLICITUD DE CDP (CERTIFICADO DE DISPONIBILIDAD PRESUPUESTAL) UNA VEZ CONSOLIDADA Y VALIDADA LA DOCUMENTACIÓN DEL CANDIDATO, SE REALIZÓ EL ENVÍO FORMAL AL ÁREA DE (OPS) A TRAVÉS DEL CORREO INSTITUCIONAL CEROPAPEL@SUBREDCENTROORIENTE.GOV.CO. ESTA ENTREGA TIENE COMO FINALIDAD PERMITIR LA REVISIÓN FINAL Y LA GENERACIÓN DEL ACTO CONTRACTUAL CORRESPONDIENTE. 6 DAR RESPUESTA, DENTRO DE LOS TÉRMINOS DE LEY, A PETICIONES O INFORMES VERBALES O ESCRITOS REQUERIDOS ENTES DE CONTROL, ENTES GUBERNAMENTALES Y/O REQUERIMIENTOS INTERNOS. SE REALIZA REVISIÓN DIARIA DE CORREO ELECTRÓNICO DANDO RESPUESTA SON LOS PROCESOS SOLICITADOS. 7. MANTENER ACTUALIZADAS LAS BASES DE DATOS DE LA VERIFICACIÓN DE SOPORTES DEL PERSONAL QUE INGRESA A LA ENTIDAD SE EFECTÚA REVISIÓN DE LA

MATRIZ DE CONTRATACIÓN CON EL FIN DE VERIFICAR QUE EL CONTRATISTA SE ENCUENTRE DEBIDAMENTE REGISTRADO EN EL SISTEMA, ASEGURANDO LA TRAZABILIDAD Y CONTINUIDAD DEL PROCESO DE VINCULACIÓN. 8 APOYAR EN LA ELABORACIÓN DE INFORMES QUE SEAN REQUERIDOS POR LA DIRECCIÓN DE CONTRATACIÓN REFERENTE AL PROCESO DE SELECCIÓN SE ENVÍA INFORMACIÓN POR MEDIO DE CORREO ELECTRÓNICO CUANDO SON REQUERIDOS POR LA DIRECCIÓN DE CONTRATACIÓN REFERENTE AL PROCESO DE SELECCIÓN, DE LA DIRECCIÓN DE ENFERMERÍA. 9 UTILIZAR PRUEBAS PSICOTÉCNICAS ACTUALIZADAS, VALIDADAS Y RELEVANTES PARA EL PROPÓSITO ESPECÍFICO DE LA EVALUACIÓN. ADEMÁS, DEBE MANTENERSE INFORMADO SOBRE LOS AVANCES EN LA PSICOMETRÍA Y LAS MEJORES PRÁCTICAS EN LA ADMINISTRACIÓN DE PRUEBAS SE REVISIÓN DE AGENDAMIENTO Y REVISIÓN DE PRUEBAS PSICOTÉCNICAS PERTENECIENTES AL AÑO EN CURSO, POSTERIORMENTE SE REALIZA LA PONDERACIÓN DE LAS RESPECTIVAS PRUEBAS, VALIDANDO LA PUNTUACIÓN DE CADA ÍTEM ARROJADO POR LA PRUEBA, LLEVANDO EL SEGUIMIENTO RESPECTIVO. 10. REALIZAR ENVIÓ DE DOCUMENTOS SOLICITADOS PARA LA CREACIÓN DE TERCEROS SE ENVÍA POR CORREO ELECTRÓNICO AL PERSONAL ENCARGADO LA INFORMACIÓN DEL CONTRATISTA, CON EL FIN DE QUE SE PROCEDA CON LA CREACIÓN DEL TERCERO. 11. GARANTIZAR LA VERIFICACIÓN DE LOS CONTRATISTAS QUE INGRESAN EN LA PLATAFORMA DE SARLAFTCOL SE REALIZA LA CONSULTA POR CADA CANDIDATO EN LA PLATAFORMA SARLAF, VERIFICANDO QUE CUMPLA CON LAS DIRECTRICES SOLICITAS EN EL PROCEDIMIENTO, SE GENERA LA PLANTILLA PARA ANEXARLO EN LA CARPETA DEL CONTRATISTA. 12. REALIZAR LAS DEMÁS ACTIVIDADES QUE SE REQUIEREN DE ACUERDO AL OBJETO CONTRACTUAL, POR PARTE DEL SUPERVISOR DEL CONTRATO. SE REALIZA GESTIÓN DE VERIFICACIÓN DE TÍTULOS LOS CUALES HAN SIDO ASIGNADOS EN LA MATRIZ DE VERIFICACIÓN, SE PROCEDE HACER ENVIÓ DE SOLICITUD A CADA INSTITUCIÓN ASIGNADA POR MEDIO DE CORREO ELECTRÓNICO. EL CORREO ENVIADO COMO PARTE DE LA SOLICITUD SE CONSERVA COMO EVIDENCIA, ASÍ COMO LOS SOPORTES DE VERIFICACIÓN. SE DILIGENCIAN EL FORMATO DE IDONIDAD POR CADA CANDIDATO Y SE ANEXA A LA CARPETA SE SOLICITA EL REDAM, DELITOS SEXUALES Y POLIZA A CONTRATISTA PARA ANEXAR A LA CARPETA.

1	

III. VERIFICACION DE ACTIVIDADES DESARROLLADAS			
SE VERIFICA 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 (2025-08-01) AL (2025-08-31)

IV. INFORMACIÓN DE APORTES A SEGURIDAD SOCIAL

No. DE PLANILLA:	N° 88388945	OPERADOR:	APORTES EN LINEA

CONCEPTO DEL PAGO	ENTIDAD	FECHA DE PAGO	VALOR PAGADO
SALUD:	SANITAS	2025/02/13	$ 195.700
PENSIÓN:	PROTECCION	2025/02/13	$ 250.500
RIESGOS LABORALES:	SURA	2025/02/13	$ 38.200
OTRO			
TOTAL PAGADO			$ 484.400

V. DECLARACIONES DEL CONTRATISTA

1.- Que desarrollé las actividades descritas en el informe anexo, dentro del período de cobro.
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)
3- Que adjunto evidencia del cargue en el aplicativo secop de la cuenta correspondiente al mes objeto de cobro .
4.- Que autorizo los impuestos a que estoy obligado a pagar, por ocasión al señalado contrato.

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_6D88F4* **NATALIA BEATRIZ MUÑOZ PARRA** **CC: 1015401316**
FIRMA DE QUIEN CONVALIDA EL CUMPLIMIENTO DE LAS OBLIGACIONES PARA EL PRESENTE PERIODO DE PAGO	*JORGE ALBERTO GARCIA GONZALEZ* *PS_3264_2025_6D88F4* **JORGE ALBERTO GARCIA GONZALEZ** **SUPERVISOR DEL CONTRATO**

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	UPC
					1	0
PERIODO SALUD	PERIODO PENSIONES				TOTAL A PAGAR	
2025-07	2025-07	I	13/08/2025	88388945	$484.400	

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	7	900	0	195.700	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	7	1.200	0	250.500	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	7	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	7	0	0	0
ICBF				
0	7	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	195.700
Pensión	1	249.300	250.500
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	484.400

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	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	UPC
					1	0
PERIODO SALUD	PERIODO PENSIONES				TOTAL A PAGAR	
2025-07	2025-07	I	13/08/2025	88388945	$484.400	

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	Estornudo	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