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:	**MARTHA ESPERANZA CARDOZO CERQUERA**			**CC:**	**38233377**
CORREO ELECTRÓNICO:	**MARTHAECARDOZO@HOTMAIL.COM**			**TELÉFONO:**	**3246847892**
DIRECCIÓN DOMICILIO:	**KR 68C 57H 17 SUR**			**CIUDAD:**	**BOGOTA**
BANCO AL CUAL CONSIGNAR:	**BANCO DAVIVIENDA S.A.**	**TIPO DE CUENTA:**	**AHORROS**	**N° CUENTA:**	**008480242992**

DATOS DEL CONTRATO O ADICION Y PERIODO OBJETO DE PAGO						
Nº DEL CONTRATO:	**PS 5187 2025**	**N° CDP:**	**2488**	**N°. RP:**	**0**	**PLAZO DEL CONTRATO INCLUIDAS PRORROGAS: SIETE (7) MESES**
FECHA DE INICIO CONTRATO	**2025/04/02**	**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	**$ 3.143.560**					

MARTHA ESPERANZA CARDOZO CERQUERA
PS_5187_2025_CBE3F5

NOMBRE Y FIRMA DEL CONTRATISTA:
MARTHA ESPERANZA CARDOZO CERQUERA
CC: 38233377
CEL: 3246847892

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			
MARTHA ESPERANZA CARDOZO CERQUERA			
	CON C.C N°	**38.233.377**	
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 5187 2025**	**FECHA INICIO CONTRATO**	**2025/04/02**
VALOR INICIAL DEL CONTRATO	$ 9.325.895	**No. HORAS EJECUTADAS**	**0**
VALOR TOTAL DEL CONTRATO INCLUIDO ADICIONES:	$ 21.900.135	**VALOR DE HONORARIOS PERÍODO A CERTIFICAR:**	$ 3.143.560
PLAZO DEL CONTRATO INCLUYENDO PRORROGAS	SIETE (7) MESES		
UNIDAD FUNCIONAL DE EJECUCIÓN DE ACTIVIDADES:	SEDE ADMINISTRATIVA DIAGONAL 34		
NOMBRE DEL SUPERVISOR:	RONALD AGUILAR GOMEZ		

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	Contabilización de 229 facturas por servicios públicos, servicios de mantenimiento y arrendamiento. 20 documentos caja menor, teniendo en cuenta la provisión y centro de costos según el caso.
2	Registro del RUT para verificación terceros y proveedores para caja menor
3	Se consulta acuerdos y resoluciones para la verificación de las responsabilidades tanto distritales como nacionales para la contabilización de la retención de impuestos solicitando copia del RUT actualizado para los casos en que se cambian las novedades
4	Para la radicación y entrega de documentos, facturas certificadas por los supervisores, aportes a la seguridad social y tarjeta profesional del contador y antecedentes disciplinarios, se procede a la verificación de fechas y valores del periodo de causación por parte del área de cada uno de los procesos.
5	Contabilización de notas débitos y créditos (15) por ajustes por reclasificación por números de facturas, base de la retención de impuesto y fechas de facturas, registro de los centros de costos respectivamente según el caso, y entrega al Líder del área de CXP para su respectiva revisión, aceptación y firma y entrega definitiva al área de tesorería, una por una la respectivas facturas con sus soportes, notas débitos e informes del CBI al área de tesorería.

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° 9489791169	OPERADOR:	APORTES EN LINEA

CONCEPTO DEL PAGO	ENTIDAD	FECHA DE PAGO	VALOR PAGADO
SALUD:	NUEVA EPS	2025/08/13	$ 178.000
PENSIÓN:	SIN DATO	2025/08/13	$ 0
RIESGOS LABORALES:	SEGUROS BOLIVAR	2025/08/13	$ 34.700
OTRO			

TOTAL PAGADO	$ 212.700

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	*MARTHA ESPERANZA CARDOZO CERQUERA* *PS_5187_2025_CBE3F5* **MARTHA ESPERANZA CARDOZO CERQUERA** **CC: 38233377**
FIRMA DE QUIEN VALIDA	*LINA YISBETH NIÑO PATIÑO* *PS_5187_2025_CBE3F5* **LINA YISBETH NIÑO PATIÑO** **SUPERVISOR ALTERNO**
FIRMA DE QUIEN CONVALIDA EL CUMPLIMIENTO DE LAS OBLIGACIONES PARA EL PRESENTE PERIODO DE PAGO	*RONALD AGUILAR GOMEZ* *PS_5187_2025_CBE3F5* **RONALD AGUILAR GOMEZ** **SUPERVISOR DEL CONTRATO**