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: 7
FECHA: 2025-06-09

DATOS DEL CONTRATISTA					
FECHA DE DILIGENCIAMIENTO: (31-10-2025)					
NOMBRES Y APELLIDOS:	**KAROL LIZETH ALARCON SANTOS**			**CC:**	**1023975119**
CORREO ELECTRÓNICO:	**SANTOSLIZETH32@GMAIL.COM**			**TELÉFONO:**	**3209064181**
DIRECCIÓN DOMICILIO:	**KR 5 E 36B SUR 25**			**CIUDAD:**	**BOGOTA**
BANCO AL CUAL CONSIGNAR:	**BANCO DE BOGOTA**	**TIPO DE CUENTA:**	**AHORROS**	**N° CUENTA:**	**033128935**
DATOS DEL CONTRATO O ADICION Y PERIODO OBJETO DE PAGO					
Nº DEL CONTRATO:	**PS 1322 2025**	**VALOR CORRESPONDIENTE AL PERIODO OBJETO DE COBRO**			**$ 2.100.000**
FECHA DE INICIO CONTRATO	**2025/01/01**	**FECHA DE TERMINACIÓN CONTRATO:**			**2025/10/31**
PERIODO OBJETO DE COBRO:	**DEL 2025/10/01 AL 2025/10/31**				

KAROL LIZETH ALARCON SANTOS
PS_1322_2025_3D56AD

NOMBRE Y FIRMA DEL CONTRATISTA:
KAROL LIZETH ALARCON SANTOS
CC: 1023975119
CEL: 3209064181

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			
KAROL LIZETH ALARCON SANTOS			
	CON C.C N°	**1.023.975.119**	
OBJETO DEL CONTRATO:	PRESTAR SERVICIOS COMO BACHILLER DE APOYO A LA GESTION 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 1322 2025**	**FECHA INICIO CONTRATO**	**2025/01/01**
VALOR INICIAL DEL CONTRATO	$ 5.927.856	**No. HORAS EJECUTADAS**	**0**
VALOR TOTAL DEL CONTRATO INCLUIDO ADICIONES:	$ 20.851.142	**VALOR DE HONORARIOS PERÍODO A CERTIFICAR:**	$ 2.100.000
PLAZO DEL CONTRATO INCLUYENDO PRORROGAS	DIEZ (10) MESES		
UNIDAD FUNCIONAL DE EJECUCIÓN DE ACTIVIDADES:	HOSPITAL LA VICTORIA		
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	Se verificó la apertura de ingreso y admision por parte del área de autorizaciones de los usuarios a facturar
2	Se verificó en el sistema DGW los soportes del paquete administrativo cargados el área de autorizaciones de los usuarios a facturar
3	Se verificó que los datos de los usuarios estuvieran registrados en el sistema de información DGW
4	Se informó al area de trabajo social las novedades presentadas durante el periodo
5	Se revisó que los soportes y respuestas coincidieran con el ususario a facturar
6	Se realizó la verificación y confirmación de las ordenes de servicio de los ingresos a facturar
7	Se verificaron las actividades cargadas en el sistema DGW para la elaboración de la factura al paciente
8	Se validaron los soportes entregados por el area de autorizaciones, realizando reporte de las novedades presentadas
9	Se dio egreso dentro de los tiempos establecidos en el sistema de información DGH a las salidas reportadas por el área sistencial
10	Se entragaron las salidas a los pacientes para ser presentadas al area de seguridad

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 (2025-10-01) AL (2025-10-31)

IV. INFORMACIÓN DE APORTES A SEGURIDAD SOCIAL

No. DE PLANILLA:	N° 81044771	OPERADOR:	ENLACE OPERATIVO

CONCEPTO DEL PAGO	ENTIDAD	FECHA DE PAGO	VALOR PAGADO
SALUD:	SURA	2025/10/10	$ 178.500
PENSIÓN:	PORVENIR	2025/10/10	$ 228.400
RIESGOS LABORALES:	SURA	2025/10/10	$ 34.800
OTRO			
TOTAL PAGADO			$ 441.700

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	*KAROL LIZETH ALARCON SANTOS* *PS_1322_2025_3D56AD* **KAROL LIZETH ALARCON SANTOS** **CC: 1023975119**
FIRMA DE QUIEN VALIDA	*YAMILE CANO HERRERA* *PS_1322_2025_3D56AD* **YAMILE CANO HERRERA** **SUPERVISOR ALTERNO**
FIRMA DE QUIEN CONVALIDA EL CUMPLIMIENTO DE LAS OBLIGACIONES PARA EL PRESENTE PERIODO DE PAGO	*RONALD AGUILAR GOMEZ* *PS_1322_2025_3D56AD* **RONALD AGUILAR GOMEZ** **SUPERVISOR DEL CONTRATO**

Recibo Pago

Nit de comercio operador de información
900089104-5
Razón social del operador de información
Enlace Operativo
Descripción
Pago de Seguridad Social
Fecha
10/10/2025 14:23
Período de cotización otros riesgos
septiembre 2025
Período de cotización para salud
septiembre 2025
Empresa
KAROL LIZETH ALARCON SANTOS
ID
1023975119
Nombre aportante
KAROL LIZETH ALARCON SANTOS
Dirección IP de origen
172.29.10.57
Datos Valores pagados

Administradora	Valor sin Mora	Valor Mora	Total
PORVENIR	$227,800.00	$600.00	$228,400.00
EPS SURA	$178,000.00	$500.00	$178,500.00
ARL SURA	$34,700.00	$100.00	$34,800.00
COMPENSAR CCF	$28,500.00	$100.00	$28,600.00

Subtotales
Valor sin mora
$469,000.00
Valor mora
$1,300.00

Referencia de pago / N° planilla
81044771

Tipo de planilla
I
Número transacción bancaria / CUS
1843411229
Banco
1507 - NEQUI
Total pagado
$470,300.00