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:	**ANGIE DANIELA CORTÉS HERNÁNDEZ**			**CC:**	**1000137056**
CORREO ELECTRÓNICO:	**DANIELACORTESH26@GMAIL.COM**			**TELÉFONO:**	**3153712567**
DIRECCIÓN DOMICILIO:	**CL 68A N° 81F - 08 SUR**			**CIUDAD:**	**BOGOTA**
BANCO AL CUAL CONSIGNAR:	**BANCO DAVIVIENDA S.A.**	**TIPO DE CUENTA:**	**AHORROS**	**N° CUENTA:**	**488408797949**
DATOS DEL CONTRATO O ADICION Y PERIODO OBJETO DE PAGO					
Nº DEL CONTRATO:	**PS 1693 2025**	**VALOR CORRESPONDIENTE AL PERIODO OBJETO DE COBRO**			**$ 2.672.026**
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**				

ANGIE DANIELA CORTÉS HERNÁNDEZ
PS_1693_2025_F76C21

NOMBRE Y FIRMA DEL CONTRATISTA:
ANGIE DANIELA CORTÉS HERNÁNDEZ
CC: 1000137056
CEL: 3153712567

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			
ANGIE DANIELA CORTÉS HERNÁNDEZ			
	CON C.C N°	**1.000.137.056**	
OBJETO DEL CONTRATO:	PRESTAR SERVICIOS COMO TECNICO ADMINISTRATIVO PARA DESARROLLAR ACTIVIDADES EN LA DIRECCION DE SERVICIOS HOSPITALARIOS DE LA SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E.		
CONTRATO DE PRESTACION DE SERVICIOS PROFESIONALES No.	**PS 1693 2025**	**FECHA INICIO CONTRATO**	**2025/01/01**
VALOR INICIAL DEL CONTRATO	$ 8.016.078	**No. HORAS EJECUTADAS**	**0**
VALOR TOTAL DEL CONTRATO INCLUIDO ADICIONES:	$ 26.720.260	**VALOR DE HONORARIOS PERÍODO A CERTIFICAR:**	$ 2.672.026
PLAZO DEL CONTRATO INCLUYENDO PRORROGAS	DIEZ (10) MESES		
UNIDAD FUNCIONAL DE EJECUCIÓN DE ACTIVIDADES:	HOSPITAL JORGE ELIECER GAITAN		
NOMBRE DEL SUPERVISOR:	LINA MARCELA ROJAS GUTIERREZ		

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	1. Se realizan diferentes actividades administrativas en los servicios y/o procesos de las direcciones de hospitalización, urgencias, complementarios, gestión del riesgo, ambulatorios y del proceso de enfermería de la subred centro oriente 2. Se realizó seguimiento a la documentación del personal a vincularse con la entidad siguiendo los parámetros de la lista de chequeo. 3. Se apoyó a la Dirección y a los supervisores para el cumplimiento y ejecución de actividades y recursos de las órdenes de prestación de servicios asignadas. 4. Realizar seguimiento al cumplimiento de actividades y recursos de las órdenes de prestación de servicios asignadas. 5. Se elabora y valida Matriz y formatos de adiciones y prorrogas de contratación de personal asistencial y administrativo (OPS) de las diferentes unidades de la Subred Centro Oriente ESE. 6. Se elabora y valida Matriz y formatos de adiciones y prorrogas de contratación de personal asistencial y administrativa (OPS) de las diferentes unidades de la Subred Centro Oriente ESE y se gestiona su radicación a la Dirección de Contratación. 7. Se atienden las diferentes necesidades administrativas. 8. Se participa activamente en los comités realizados por las diferentes direcciones. 9. Se articulan las diferentes acciones de las direcciones. 10.Se realiza acompañamiento a los diferentes entes de control. 11. Se realizó el apoyo en la supervisión y seguimiento de contratos cuando estas fueron asignadas. 12. Se informó al supervisor del contrato cualquier novedad que se presentó en el cumplimiento de las actividades. 13. Se citó el personal de ingreso asistencial y administrativo según corresponda su área de trabajo 14. Se realizan diferentes actividades asignadas. 15. Se realizó la recepción de cuentas de cobro del pago mensual del personal asistencial (ops) a las direcciones de hospitalización y ambulatorios. 16. Se gestionaron las diferentes novedades presentadas en el mes. 17. Se genera información oportuna, confiable y soportada sobre los trámites de facturación, certificación y trámite de novedades de los contratos a cargo. 18. Se mantuvo actualizada la base de datos. 19. Se atienden los trámites documentales con los proveedores. 20. Se auditan las facturas de los proveedores con sus respectivos soportes de historia clínica y hojas de gastos. 21. Se diligencia y se mantiene actualizada la base de datos de control de contratos. 22. Se generan las actas de inicio de contratos a cargo. 23. Se proyectan las actas de avance, informes de supervisión y certificación de cumplimiento de los contratos a cargo. 24. Se proyectó y se solicitó adición y prorrogas de los diferentes contratos a cargo. 25. Se realizó la elaboración de formatos de liberación presupuestal de contratos de personal asistencial (OPS). 26. Se realiza la revisión de actas. 27. Se mantiene organizado los diferentes documentos de archivo, organizando las certificaciones de cumplimiento e informes de supervisión con sus respectivas copias y soportes, proyectando oficio de entrega. 28. Se informa al supervisor sobre las diferentes novedades presentadas con los contratos a cargo

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° 89855329	OPERADOR:	MI PLANILLA

CONCEPTO DEL PAGO	ENTIDAD	FECHA DE PAGO	VALOR PAGADO
SALUD:	SALUD TOTAL	2025/10/10	$ 178.000
PENSIÓN:	PORVENIR	2025/10/10	$ 227.800
RIESGOS LABORALES:	SEGUROS BOLIVAR	2025/10/10	$ 34.700
OTRO			
TOTAL PAGADO			$ 440.500

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	*ANGIE DANIELA CORTÉS HERNÁNDEZ* *PS_1693_2025_F76C21* **ANGIE DANIELA CORTÉS HERNÁNDEZ** **CC: 1000137056**
FIRMA DE QUIEN VALIDA	*DEISY YANETH HENAO VILLALOBOS* *PS_1693_2025_F76C21* **DEISY YANETH HENAO VILLALOBOS** **SUPERVISOR ALTERNO**
FIRMA DE QUIEN CONVALIDA EL CUMPLIMIENTO DE LAS OBLIGACIONES PARA EL PRESENTE PERIODO DE PAGO	*LINA MARCELA ROJAS GUTIERREZ* *PS_1693_2025_F76C21* **LINA MARCELA ROJAS GUTIERREZ** **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	1000137056	ANGIE DANIELA CORTES HERNANDEZ	calle 68 a # 81 f 08 sur	3153712567	danielacortesh26@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	
2025-09	2025-09	I	10/10/2025	89855329	$469.000	

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					
EPS002	Salud Total EPS	800130907-4	178.000	0		0		0	0	0	0	178.000	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
230301	Porvenir	800224808-8	227.800	0	0	0	0	0	0		227.800	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										
14-7	Seguros Bolivar S.A.	860002503-2	34.700				34.700	0	0	34.700			347	34.700	1

TOTALES CAJAS

Código CCF	Nombre	NIT	Valor Aporte	Días Mora	Valor Mora Aporte	Total a Pagar	No. Afiliados
CCF24	Compensar Caja	860066942-7	28.500	0	0	28.500	1

TOTALES PARAFISCALES

Valor Aporte	Días Mora	Valor Mora Aporte	Total a Pagar	No. Afiliados
SENA				
0	0	0	0	0
ICBF				
0	0	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	178.000	178.000
Pensión	1	227.800	227.800
Riesgos Laborales	1	34.700	34.700
CCF	1	28.500	28.500
ESAP	0	0	0
ICBF	0	0	0
MEN	0	0	0
SENA	0	0	0
TOTALES	4	469.000	469.000

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	1000137056	ANGIE DANIELA CORTES HERNANDEZ		calle 68 a # 81 f 08 sur	3153712567	danielacortesh26@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

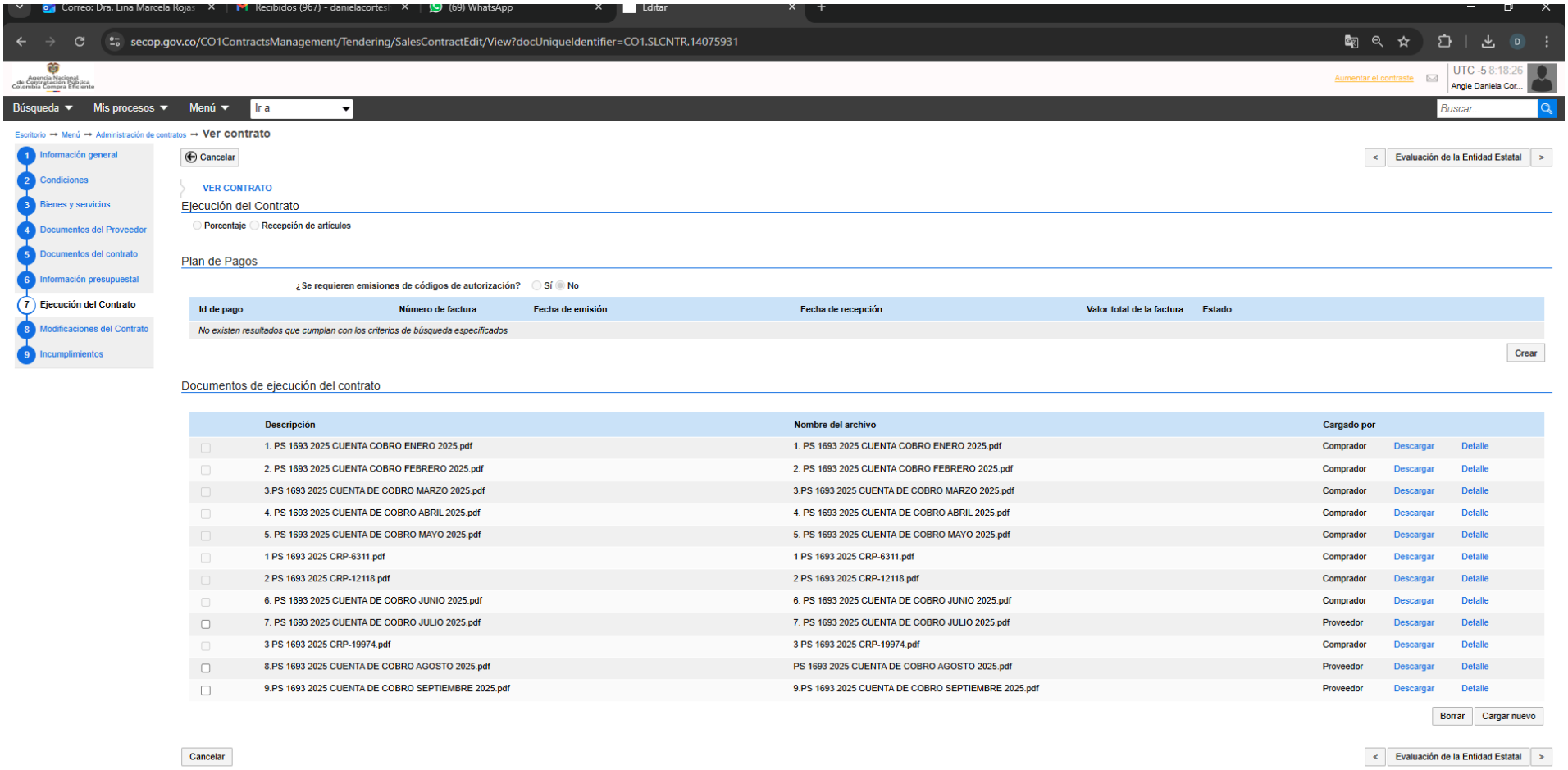
DATOS DE LA PLANILLA						
PLANILLA ASOCIADA	FECHA PAGO ASOCIADA (DIA/MES/AÑO)	TIPO PLANILLA	FECHA PAGO (DIA/MES/AÑO)	NÚMERO PLANILLA	CANTIDAD	
					EMPLEADOS	UPC
					1	0
PERIODO SALUD	PERIODO PENSIONES				TOTAL A PAGAR	
2025-09	2025-09	I	10/10/2025	89855329	$469.000	

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	1000137056	CORTES HERNANDEZ ANGIE DANIELA	59	0			N																	230301	1.423.500	227.800	0	0	0	0	EPS002	1.423.500	178.000	14-7	1.423.500	3	34.700	CCF24	1.423.500	28.500	0	0	0	0	0

PAGADA

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


Correo: Dra. Lina Marcela Rojas
Recibidos (967) - danielacortes
(69) WhatsApp
Editar
secop.gov.co/CO1ContractsManagement/Tendering/SalesContractEdit/View?docUniqueIdentifier=CO1.SLCNTR.14075931
Aumentar el contraste
UTC -5 8:18:26
Angie Daniela Cor...
Búsqueda
Mis procesos
Menú
Ir a
Buscar...
Escritorio → Menú → Administración de contratos → Ver contrato
1 Información general
2 Condiciones
3 Bienes y servicios
4 Documentos del Proveedor
5 Documentos del contrato
6 Información presupuestal
7 Ejecución del Contrato
8 Modificaciones del Contrato
9 Incumplimientos
Cancelar
< Evaluación de la Entidad Estatal >
VER CONTRATO
Ejecución del Contrato
Porcentaje
Recepción de artículos
Plan de Pagos
¿Se requieren emisiones de códigos de autorización? Sí No
Id de pago
Número de factura
Fecha de emisión
Fecha de recepción
Valor total de la factura
Estado
No existen resultados que cumplan con los criterios de búsqueda especificados
Crear
Documentos de ejecución del contrato
Descripción
Nombre del archivo
Cargado por
1. PS 1693 2025 CUENTA COBRO ENERO 2025.pdf
1. PS 1693 2025 CUENTA COBRO ENERO 2025.pdf
Comprador
Descargar
Detalle
2. PS 1693 2025 CUENTA COBRO FEBRERO 2025.pdf
2. PS 1693 2025 CUENTA COBRO FEBRERO 2025.pdf
Comprador
Descargar
Detalle
3.PS 1693 2025 CUENTA DE COBRO MARZO 2025.pdf
3.PS 1693 2025 CUENTA DE COBRO MARZO 2025.pdf
Comprador
Descargar
Detalle
4. PS 1693 2025 CUENTA DE COBRO ABRIL 2025.pdf
4. PS 1693 2025 CUENTA DE COBRO ABRIL 2025.pdf
Comprador
Descargar
Detalle
5. PS 1693 2025 CUENTA DE COBRO MAYO 2025.pdf
5. PS 1693 2025 CUENTA DE COBRO MAYO 2025.pdf
Comprador
Descargar
Detalle
1 PS 1693 2025 CRP-6311.pdf
1 PS 1693 2025 CRP-6311.pdf
Comprador
Descargar
Detalle
2 PS 1693 2025 CRP-12118.pdf
2 PS 1693 2025 CRP-12118.pdf
Comprador
Descargar
Detalle
6. PS 1693 2025 CUENTA DE COBRO JUNIO 2025.pdf
6. PS 1693 2025 CUENTA DE COBRO JUNIO 2025.pdf
Comprador
Descargar
Detalle
7. PS 1693 2025 CUENTA DE COBRO JULIO 2025.pdf
7. PS 1693 2025 CUENTA DE COBRO JULIO 2025.pdf
Proveedor
Descargar
Detalle
3 PS 1693 2025 CRP-19974.pdf
3 PS 1693 2025 CRP-19974.pdf
Comprador
Descargar
Detalle
8.PS 1693 2025 CUENTA DE COBRO AGOSTO 2025.pdf
PS 1693 2025 CUENTA DE COBRO AGOSTO 2025.pdf
Proveedor
Descargar
Detalle
9.PS 1693 2025 CUENTA DE COBRO SEPTIEMBRE 2025.pdf
9.PS 1693 2025 CUENTA DE COBRO SEPTIEMBRE 2025.pdf
Proveedor
Descargar
Detalle
Borrar
Cargar nuevo
Cancelar
< Evaluación de la Entidad Estatal >