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:	**ALEJANDRINA MARIA LEON FLOREZ**			**CC:**	**51942076**
CORREO ELECTRÓNICO:	**ALEJALEON1969@GMAIL.COM**			**TELÉFONO:**	**3228771198**
DIRECCIÓN DOMICILIO:	**TV 78A 47 30 SUR**			**CIUDAD:**	**BOGOTA**
BANCO AL CUAL CONSIGNAR:	**BBVA COLOMBIA**	**TIPO DE CUENTA:**	**AHORROS**	**N° CUENTA:**	**0018001868**
DATOS DEL CONTRATO O ADICION Y PERIODO OBJETO DE PAGO					
Nº DEL CONTRATO:	**PS 7470 2025**	**VALOR CORRESPONDIENTE AL PERIODO OBJETO DE COBRO**			**$ 2.089.800**
FECHA DE INICIO CONTRATO	**2025/10/09**	**FECHA DE TERMINACIÓN CONTRATO:**			**2025/10/31**
PERIODO OBJETO DE COBRO:	**DEL 2025/10/10 AL 2025/10/31**				

ALEJANDRINA MARIA LEON FLOREZ
PS_7470_2025_8D2A19

NOMBRE Y FIRMA DEL CONTRATISTA:
ALEJANDRINA MARIA LEON FLOREZ
CC: 51942076
CEL: 3228771198

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			
ALEJANDRINA MARIA LEON FLOREZ			
	CON C.C N°	**51.942.076**	
OBJETO DEL CONTRATO:	PRESTAR SERVICIOS DE APOYO A LA GESTION COMO TECNICO PARA EJECUTAR ACTIVIDADES DE SANEAMIENTO AMBIENTAL EN LA DIRECCION DE GESTION INTEGRAL DEL RIESGO EN SALUD DE LA SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E. PARA EL DESARROLLO DEL CONVENIO MAS BIENESTAR		
CONTRATO DE PRESTACION DE SERVICIOS PROFESIONALES No.	**PS 7470 2025**	**FECHA INICIO CONTRATO**	**2025/10/09**
VALOR INICIAL DEL CONTRATO	$ 2.285.280	**No. HORAS EJECUTADAS**	**129**
VALOR TOTAL DEL CONTRATO INCLUIDO ADICIONES:	$ 2.285.280	**VALOR DE HONORARIOS PERÍODO A CERTIFICAR:**	$ 2.089.800
PLAZO DEL CONTRATO INCLUYENDO PRORROGAS	VEINTITRES (23) DIAS		
UNIDAD FUNCIONAL DE EJECUCIÓN DE ACTIVIDADES:	CENTRO DE SALUD PRIMERO DE MAYO		
NOMBRE DEL SUPERVISOR:	LIDA ESPERANZA MONTENEGRO PARRA		

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 entregó la meta asignada con calidad, previa revisión desde la preauditoría
2	2. Se actualizó diariamente el DRIVE para la entrega del cronograma
3	3. Se entregaron los soportes requeridos por el equipo de apoyo
4	4. Se brindó apoyo conforme a las solicitudes del supervisor del contrato
5	5. Se entregó el acta de apropiación de lineamientos
6	6. Se soportó la ejecución de actividades mediante los listados de asistencia
7	7. Se entregaron los formatos correspondientes a la meta asignada
8	8. Se llevaron a cabo concertaciones con los actores involucrados
9	9. Se realizaron las entregas de canalizaciones conforme a las necesidades de cada usuario
10	10. Se entregaron los formatos de acuerdo con las Tablas de Retención Documental (TRD)
11	11. Se ejecutaron las actividades asignadas por el supervisor del contrato
12	12. Se diligenció en su totalidad el aplicativo GITAP
13	13. Se realizaron las caracterizaciones de acuerdo con la meta asignada
14	14. Se enviaron las canalizaciones a través del enlace establecido antes de las 24 horas definidas
15	15. Se desarrollaron todas las actividades conforme al anexo técnico y a los lineamientos vigentes

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

IV. INFORMACIÓN DE APORTES A SEGURIDAD SOCIAL

No. DE PLANILLA:	N°	OPERADOR:	
CONCEPTO DEL PAGO	ENTIDAD	FECHA DE PAGO	VALOR PAGADO

SALUD:	FAMISANAR		$ 0
PENSIÓN:	COLPENSIONES		$ 0
RIESGOS LABORALES:	SURA		$ 0
OTRO			
TOTAL PAGADO			$ 0

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	*ALEJANDRINA MARIA LEON FLOREZ* *PS_7470_2025_8D2A19* **ALEJANDRINA MARIA LEON FLOREZ** **CC: 51942076**
FIRMA DE QUIEN VALIDA	*SANDRA YANNETH CONTRERAS PEÑALOSA* *PS_7470_2025_8D2A19* **SANDRA YANNETH CONTRERAS PEÑALOSA** **SUPERVISOR ALTERNO**
FIRMA DE QUIEN CONVALIDA EL CUMPLIMIENTO DE LAS OBLIGACIONES PARA EL PRESENTE PERIODO DE PAGO	*LIDA ESPERANZA MONTENEGRO PARRA* *PS_7470_2025_8D2A19* **LIDA ESPERANZA MONTENEGRO PARRA** **SUPERVISOR DEL CONTRATO**

aportes en línea

Resumen General de Pago

DATOS GENERALES DEL APORTANTE

Identificación	dv	Razon Social	Clase Aportante	Sucursal Principal	Direccion	Ciudad-Departamento	Teléfono	Exonerado SENA e ICBF
CC 51942076		LEON FLOREZ ALEJANDRINA MARIA	INDEPENDIENTE	PRINCIPAL	carrera78a#47-30sur	BOGOTA-BOGOTA D.E.	3228771198	No

DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION

Periodo		Clave		Tipo	Fecha		Pago		
Pensión	Salud	Pago	Planilla	Planilla	Limite	Pago	Banco	Dias Mora	Valor
2025-09	2025-09	1861680827	9492574645	I	2025/10/20	2025/10/20	BANCO BBVA COLOMBIA S.A.	0	$469,000

LIQUIDACION DETALLADA DE APORTES

EMPLEADO			PENSION				SALUD				CCF				RIESGOS				PARAFISCALES		
No.	Identificación	Nombres	Codigo	Días	IBC	Aporte	Codigo	Días	IBC	Aporte	Codigo	Días	IBC	Aporte	Codigo	Días	IBC	Aporte	Días	IBC	Aporte
Sucursal: PRINCIPAL (1 Afiliados)					$1,423,500	$227,800			$1,423,500	$178,000			$1,423,500	$28,500			$1,423,500	$34,700		$0	$0
Centro de Trabajo: PRINCIPAL (1 Afiliados)					$1,423,500	$227,800			$1,423,500	$178,000			$1,423,500	$28,500			$1,423,500	$34,700		$0	$0
Ciudad: BOGOTA Depto: BOGOTA D.E. (1 Afiliados)					$1,423,500	$227,800			$1,423,500	$178,000			$1,423,500	$28,500			$1,423,500	$34,700		$0	$0
1	CC 51942076	LEON ALEJANDRINA	25-14	30	$1,423,500	$227,800	EPS017	30	$1,423,500	$178,000	CCF24	30	$1,423,500	$28,500	14-11	30	$1,423,500	$34,700	30	$0	$0
Total	**Afiliados(1)**				$1,423,500	$227,800			$1,423,500	$178,000			$1,423,500	$28,500			$1,423,500	$34,700		$0	$0

aportes en línea

Resumen General de Pago

DATOS GENERALES DEL APORTANTE

Identificación	dv	Razon Social	Clase Aportante	Sucursal Principal	Direccion	Ciudad-Departamento	Teléfono	Exonerado SENA e ICBF
CC 51942076		LEON FLOREZ ALEJANDRINA MARIA	INDEPENDIENTE	PRINCIPAL	carrera78a#47-30sur	BOGOTA-BOGOTA D.E.	3228771198	No

DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION

Periodo		Clave		Tipo	Fecha		Pago		
Pensión	Salud	Pago	Planilla	Planilla	Limite	Pago	Banco	Dias Mora	Valor
2025-09	2025-09	1861680827	9492574645	I	2025/10/20	2025/10/20	BANCO BBVA COLOMBIA S.A.	0	$469,000

RESUMEN DE PAGO

RIESGO	CODIGO	NIT	DV	AFILIADOS	VALOR LIQUIDADO	INTERESES MORA	SALDOS E INCAPACIDADES	VALOR A PAGAR
AFP (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$227,800	$0	$0	$227,800
COLPENSIONES	25-14	900,336,004	7	1	$227,800	$0	$0	$227,800
ARL (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$34,700	$0	$0	$34,700
ARL SURA	14-11	890,903,790	5	1	$34,700	$0	$0	$34,700
CCF (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$28,500	$0	$0	$28,500
COMPENSAR	CCF24	860,066,942	7	1	$28,500	$0	$0	$28,500
EPS (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$178,000	$0	$0	$178,000
FAMISANAR	EPS017	830,003,564	7	1	$178,000	$0	$0	$178,000
TOTAL				1	$469,000	$0	$0	$469,000

BBVA

Pago exitoso

$469.000,00

18 oct, 2025--6:02:31 AM

Producto o servicio	Pago de la Planilla de aportes con clave: 9492574645 APORTES EN LINEA
Pagaste con	Cuenta de Ahorros *1868
Código de confirmación (CUS)	1861680827
IP	2800:484:4b92:1d00:2198:5d68:1917:246b

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		
PS 4717 2025 CUENTA DE COBRO FEBRERO 2025.pdf	PS 4717 2025 CUENTA DE COBRO FEBRERO 2025.pdf	Comprador	Descargar	Detalle
PS 4717 2025 CUENTA COBRO MES MARZO 2025.pdf	PS 4717 2025 CUENTA COBRO MES MARZO 2025.pdf	Comprador	Descargar	Detalle
PS 4717 2025 CUENTA DE COBRO MES ABR 2025.pdf	PS 4717 2025 CUENTA DE COBRO MES ABR 2025.pdf	Comprador	Descargar	Detalle
PS 4717 2025 CUENTA DE COBRO MES MAY 2025.pdf	PS 4717 2025 CUENTA DE COBRO MES MAY 2025.pdf	Comprador	Descargar	Detalle
PS 4717 2025 CRP 27-05-2025.pdf	PS 4717 2025 CRP 27-05-2025.pdf	Comprador	Descargar	Detalle
PS 4717 2025 CUENTA DECOBRO MES JUNIO 2025.pdf	PS 4717 2025 CUENTA DECOBRO MES JUNIO 2025.pdf	Comprador	Descargar	Detalle
PS 4717 2025 CUENTA DECOBRO MES JULIO 2025.pdf	PS 4717 2025 CUENTA DECOBRO MES JULIO 2025.pdf	Comprador	Descargar	Detalle
2 PS 4717 2025 CRP-13068.pdf	2 PS 4717 2025 CRP-13068.pdf	Comprador	Descargar	Detalle
3 PS 4717 2025 CRP-21169.pdf	3 PS 4717 2025 CRP-21169.pdf	Comprador	Descargar	Detalle
4 PS 4717 2025 CRP-22671.pdf	4 PS 4717 2025 CRP-22671.pdf	Comprador	Descargar	Detalle
5 PS 4717 2025 CRP-22823.pdf	5 PS 4717 2025 CRP-22823.pdf	Comprador	Descargar	Detalle
PS 4717 2025 CUENTA DECOBRO MES AGOSTO 2025.pdf	PS 4717 2025 CUENTA DECOBRO MES AGOSTO 2025.pdf	Comprador	Descargar	Detalle
PS 4717 2025 CUENTA DE COBRO MES SEPTIEMBRE 2025.pdf	PS 4717 2025 CUENTA DE COBRO MES SEPTIEMBRE 2025.pdf	Comprador	Descargar	Detalle

Borrar Cargar nuevo

Cancelar

< Evaluación de la Entidad Estatal >