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: (30-11-2025)					
NOMBRES Y APELLIDOS:	**DANNA VALENTINA MARTINEZ GARCIA**			**CC:**	**1022436818**
CORREO ELECTRÓNICO:	**VALS2805.DG@GMAIL.COM**			**TELÉFONO:**	**3008243986**
DIRECCIÓN DOMICILIO:	**KR 116B 72F 67**			**CIUDAD:**	**BOGOTA**
BANCO AL CUAL CONSIGNAR:	**BANCOLOMBIA**	**TIPO DE CUENTA:**	**AHORROS**	**N° CUENTA:**	**20700001014**
DATOS DEL CONTRATO O ADICION Y PERIODO OBJETO DE PAGO					
Nº DEL CONTRATO:	**PS 1219 2025**	**VALOR CORRESPONDIENTE AL PERIODO OBJETO DE COBRO**			**$ 2.100.000**
FECHA DE INICIO CONTRATO	**2025/01/01**	**FECHA DE TERMINACIÓN CONTRATO:**			**2025/11/30**
PERIODO OBJETO DE COBRO:	**DEL 2025/11/01 AL 2025/11/30**				

DANNA VALENTINA MARTINEZ GARCIA
PS_1219_2025_8AD72C

NOMBRE Y FIRMA DEL CONTRATISTA:
DANNA VALENTINA MARTINEZ GARCIA
CC: 1022436818
CEL: 3008243986

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			
DANNA VALENTINA MARTINEZ GARCIA			
	CON C.C N°	**1.022.436.818**	
OBJETO DEL CONTRATO:	PRESTAR SERVICIOS COMO BACHILLER DE APOYO A LA GESTION PARA DESARROLLAR ACTIVIDADES EN LA DIRECCION DE SERVICIOS AMBULATORIOS DE LA SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E.		
CONTRATO DE PRESTACION DE SERVICIOS PROFESIONALES No.	**PS 1219 2025**	**FECHA INICIO CONTRATO**	**2025/01/01**
VALOR INICIAL DEL CONTRATO	$ 5.927.856	**No. HORAS EJECUTADAS**	**0**
VALOR TOTAL DEL CONTRATO INCLUIDO ADICIONES:	$ 22.951.142	**VALOR DE HONORARIOS PERÍODO A CERTIFICAR:**	$ 2.100.000
PLAZO DEL CONTRATO INCLUYENDO PRORROGAS	ONCE (11) MESES		
UNIDAD FUNCIONAL DE EJECUCIÓN DE ACTIVIDADES:	CARCEL DISTRITAL		
NOMBRE DEL SUPERVISOR:	GUILLERMO RUBIO GUIZA		

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 realizo relación y entrega diariamente la documentación generada en la prestación del servicio de salud de las Personas Privadas de la Libertad al Referente en Salud.
2	Se hizo entregar los documentos técnicos y conceptos médicos que se requieran con el fin de dar respuesta de manera oportuna y clara a los requerimientos y/o solicitudes que en el tema de salud hagan tanto las personas privadas de la libertad como los entes de control.
3	Se entrego soporte consolidado mensual de los insumos médicos y odontológicos utilizados en el periodo, en el formato establecido por la Entidad para tal fin, para aprobación del supervisor.
4	Se entrego insumos de bioseguridad al personal de la USS
5	Se escaneo y archivación de evidencias informe mensual
6	Se realizo solicitud, recepción y archivo de insumos a Cárcel y Subred
7	Se descargo y envío de citas médicas especializadas a central de citas
8	Se apoyo en la gestión de bases de datos de estaciones de policía
9	Se realizo envío de listados de pacientes a facturación.
10	Se apoyo el agendamiento y facturacion en de pacientes luego de la toma de paraclínicos.

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 (2025-11-01) AL (2025-11-30)

IV. INFORMACIÓN DE APORTES A SEGURIDAD SOCIAL

No. DE PLANILLA:	N° 9493481242	OPERADOR:	APORTES EN LINEA

CONCEPTO DEL PAGO	ENTIDAD	FECHA DE PAGO	VALOR PAGADO
SALUD:	SANITAS	2025/11/13	$ 178.700
PENSIÓN:	COLFONDOS	2025/11/13	$ 228.700
RIESGOS LABORALES:	SURA	2025/11/13	$ 0

OTRO			
TOTAL PAGADO			$ 407.400

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	*DANNA VALENTINA MARTINEZ GARCIA* *PS_1219_2025_8AD72C* **DANNA VALENTINA MARTINEZ GARCIA** **CC: 1022436818**
FIRMA DE QUIEN CONVALIDA EL CUMPLIMIENTO DE LAS OBLIGACIONES PARA EL PRESENTE PERIODO DE PAGO	*GUILLERMO RUBIO GUIZA* *PS_1219_2025_8AD72C* **GUILLERMO RUBIO GUIZA** **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 1022436818		MARTINEZ GARCIA DANNA VALENTINA	INDEPENDIENTE	PRINCIPAL	Clle 78 C # 110 - 96	BOGOTA-BOGOTA D.E.	3008243986	No

DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION

Periodo		Clave		Tipo	Fecha		Pago		
Pensión	Salud	Pago	Planilla	Planilla	Limite	Pago	Banco	Dias Mora	Valor
2025-10	2025-10	1925300602	9493481242	I	2025/11/07	2025/11/13	NEQUI	6	$407,400

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			$0	$0			$0	$0		$0	$0
Centro de Trabajo: PRINCIPAL (1 Afiliados)					$1,423,500	$227,800			$1,423,500	$178,000			$0	$0			$0	$0		$0	$0
Ciudad: BOGOTA Depto: BOGOTA D.E. (1 Afiliados)					$1,423,500	$227,800			$1,423,500	$178,000			$0	$0			$0	$0		$0	$0
1	CC	1022436818	MARTINEZ DANNA	231001	30	$1,423,500	$227,800	EPS005	30	$1,423,500	$178,000		0	$0	$0		0	$0	$0	0	$0	$0
Total		**Afiliados(1)**				$1,423,500	$227,800			$1,423,500	$178,000			$0	$0			$0	$0		$0	$0

aportes en línea

Resumen General de Pago

DATOS GENERALES DEL APORTANTE

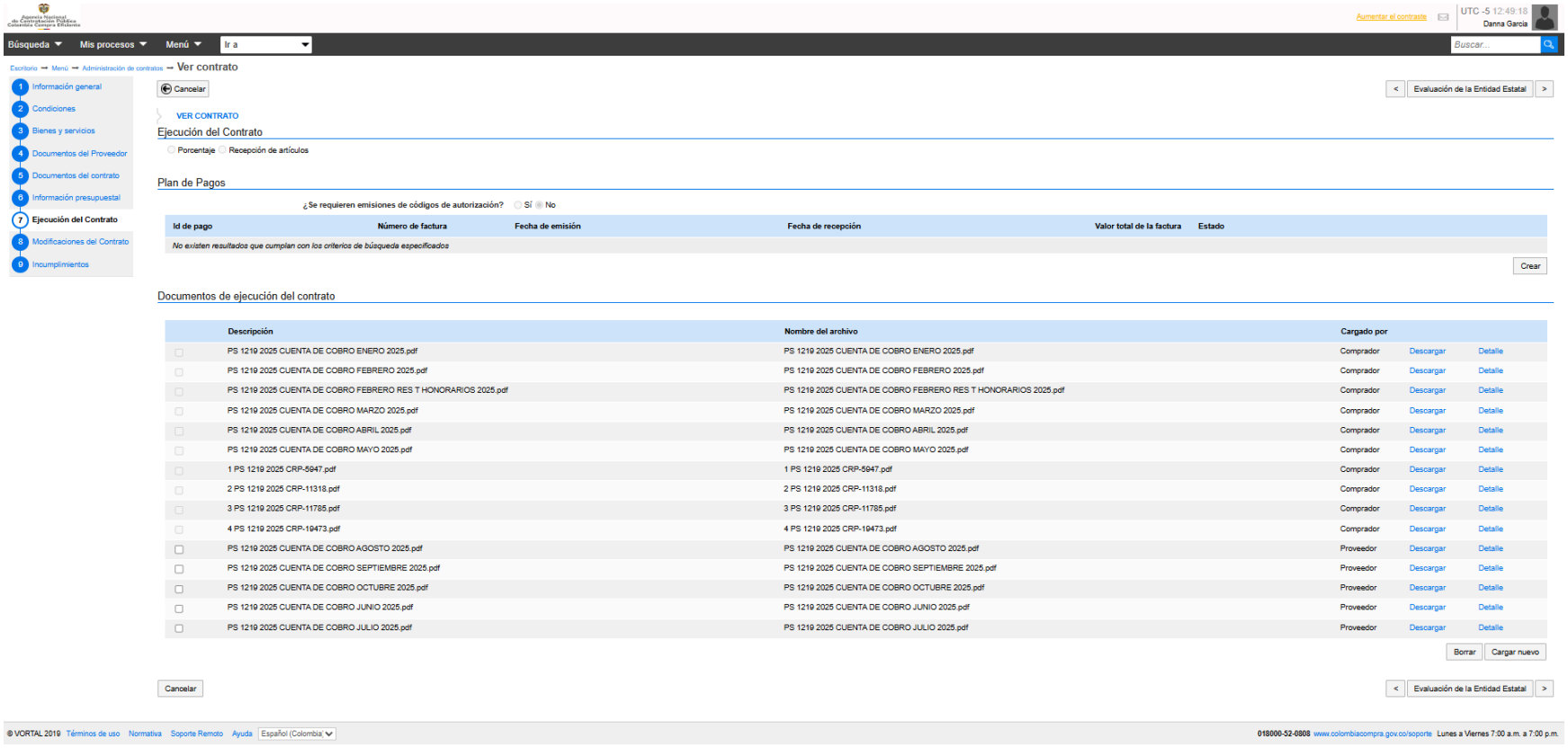
Identificación	dv	Razon Social	Clase Aportante	Sucursal Principal	Direccion	Ciudad-Departamento	Teléfono	Exonerado SENA e ICBF
CC 1022436818		MARTINEZ GARCIA DANNA VALENTINA	INDEPENDIENTE	PRINCIPAL	Clle 78 C # 110 - 96	BOGOTA-BOGOTA D.E.	3008243986	No

DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION

Periodo		Clave		Tipo	Fecha		Pago		
Pensión	Salud	Pago	Planilla	Planilla	Limite	Pago	Banco	Dias Mora	Valor
2025-10	2025-10	1925300602	9493481242	I	2025/11/07	2025/11/13	NEQUI	6	$407,400

RESUMEN DE PAGO

RIESGO	CODIGO	NIT	DV	AFILIADOS	VALOR LIQUIDADO	INTERESES MORA	SALDOS E INCAPACIDADES	VALOR A PAGAR
AFP (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$227,800	$900	$0	$228,700
COLFONDOS	231001	800,227,940	6	1	$227,800	$900	$0	$228,700
EPS (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$178,000	$700	$0	$178,700
SANITAS	EPS005	800,251,440	6	1	$178,000	$700	$0	$178,700
TOTAL				**1**	**$405,800**	**$1,600**	**$0**	**$407,400**


Aumentar el contraste
UTC -5 12:49:16
Danna Garcia
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
PS 1219 2025 CUENTA DE COBRO ENERO 2025.pdf Comprador Descargar Detalle
PS 1219 2025 CUENTA DE COBRO FEBRERO 2025.pdf Comprador Descargar Detalle
PS 1219 2025 CUENTA DE COBRO FEBRERO RES T HONORARIOS 2025.pdf Comprador Descargar Detalle
PS 1219 2025 CUENTA DE COBRO MARZO 2025.pdf Comprador Descargar Detalle
PS 1219 2025 CUENTA DE COBRO ABRIL 2025.pdf Comprador Descargar Detalle
PS 1219 2025 CUENTA DE COBRO MAYO 2025.pdf Comprador Descargar Detalle
1 PS 1219 2025 CRP-5947.pdf Comprador Descargar Detalle
2 PS 1219 2025 CRP-11318.pdf Comprador Descargar Detalle
3 PS 1219 2025 CRP-11785.pdf Comprador Descargar Detalle
4 PS 1219 2025 CRP-19473.pdf Comprador Descargar Detalle
PS 1219 2025 CUENTA DE COBRO AGOSTO 2025.pdf Proveedor Descargar Detalle
PS 1219 2025 CUENTA DE COBRO SEPTIEMBRE 2025.pdf Proveedor Descargar Detalle
PS 1219 2025 CUENTA DE COBRO OCTUBRE 2025.pdf Proveedor Descargar Detalle
PS 1219 2025 CUENTA DE COBRO JUNIO 2025.pdf Proveedor Descargar Detalle
PS 1219 2025 CUENTA DE COBRO JULIO 2025.pdf Proveedor Descargar Detalle
Borrar
Cargar nuevo
Cancelar
< Evaluación de la Entidad Estatal >
© VORTAL 2019 Términos de uso Normativa Soporte Remoto Ayuda Español (Colombia)
018000-52-0808 www.colombiacompra.gov.co/soporte Lunes a Viernes 7:00 a.m. a 7:00 p.m.