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:	**NATALIA BEATRIZ MUÑOZ PARRA**			**CC:**	**1015401316**
CORREO ELECTRÓNICO:	**NATALIAMUÑOZ923@GMAIL.COM**			**TELÉFONO:**	**3232303009**
DIRECCIÓN DOMICILIO:	**KR 5A 97 55 SUR**			**CIUDAD:**	**BOGOTA**
BANCO AL CUAL CONSIGNAR:	**BANCO CAJA SOCIAL**	**TIPO DE CUENTA:**	**AHORROS**	**N° CUENTA:**	**24054504000**
DATOS DEL CONTRATO O ADICION Y PERIODO OBJETO DE PAGO					
Nº DEL CONTRATO:	**PS 3264 2025**	**VALOR CORRESPONDIENTE AL PERIODO OBJETO DE COBRO**			**$ 3.114.720**
FECHA DE INICIO CONTRATO	**2025/01/01**	**FECHA DE TERMINACIÓN CONTRATO:**			**2025/11/30**
PERIODO OBJETO DE COBRO:	**DEL 2025/11/07 AL 2025/11/30**				

NATALIA BEATRIZ MUÑOZ PARRA
PS_3264_2025_17CB6A

NOMBRE Y FIRMA DEL CONTRATISTA:
NATALIA BEATRIZ MUÑOZ PARRA
CC: 1015401316
CEL: 3232303009

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			
NATALIA BEATRIZ MUÑOZ PARRA			
	CON C.C N°	**1.015.401.316**	
OBJETO DEL CONTRATO:	PRESTAR SERVICIOS COMO PROFESIONAL UNIVERSITARIO PARA DESARROLLAR ACTIVIDADES EN LA DIRECCION DE CONTRATACION EN EL PROCESO DE SELECCION DE LA SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E.		
CONTRATO DE PRESTACION DE SERVICIOS PROFESIONALES No.	**PS 3264 2025**	**FECHA INICIO CONTRATO**	**2025/01/01**
VALOR INICIAL DEL CONTRATO	$ 11.680.200	**No. HORAS EJECUTADAS**	**0**
VALOR TOTAL DEL CONTRATO INCLUIDO ADICIONES:	$ 42.827.400	**VALOR DE HONORARIOS PERÍODO A CERTIFICAR:**	$ 3.114.720
PLAZO DEL CONTRATO INCLUYENDO PRORROGAS	ONCE (11) MESES		
UNIDAD FUNCIONAL DE EJECUCIÓN DE ACTIVIDADES:	SEDE ADMINISTRATIVA DIAGONAL 34		
NOMBRE DEL SUPERVISOR:	LUIS FERNANDO JOYA JOYA		

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.REALIZAR LAS PRUEBAS PSICOTÉCNICAS DE MANERA COMPETENTE Y ÉTICA, SIGUIENDO LAS DIRECTRICES Y ESTÁNDARES ÉTICOS ESTABLECIDOS POR LA PROFESIÓN. ESTO INCLUYE LA OBJETIVIDAD EN LA ADMINISTRACIÓN DE LAS PRUEBAS, LA INTERPRETACIÓN PRECISA DE LOS RESULTADOS Y EL RESPETO A LA DIGNIDAD Y DERECHOS DE LOS EVALUADOS. SE PROGRAMARON LAS PRUEBAS PSICOTÉCNICAS PARA CADA CANDIDATO CON CARPETA ENVIADA. LAS PRUEBAS FUERON APLICADAS, REVISADAS E INTERPRETADAS, REGISTRANDO LOS RESULTADOS EN LA MATRIZ DE EVALUACIÓN CORRESPONDIENTE.
2	2. MANTENER LA CONFIDENCIALIDAD DE LA INFORMACIÓN OBTENIDA DURANTE LA ADMINISTRACIÓN DE LAS PRUEBAS PSICOTÉCNICAS. ADEMÁS, DEBE GARANTIZAR LA PROTECCIÓN DE LOS DATOS PERSONALES DE LOS EVALUADOS DE ACUERDO CON LAS LEYES DE PRIVACIDAD Y PROTECCIÓN DE DATOS VIGENTES SE GARANTIZA LA CONFIDENCIALIDAD Y PROTECCIÓN DE LOS DATOS PERSONALES OBTENIDOS DURANTE EL PROCESO, DE ACUERDO CON LA LEGISLACIÓN VIGENTE EN MATERIA DE PRIVACIDAD Y PROTECCIÓN DE DATOS

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 (2025-11-07) AL (2025-11-30)

IV. INFORMACIÓN DE APORTES A SEGURIDAD SOCIAL

No. DE PLANILLA:	N° 90833919	OPERADOR:	MI PLANILLA

CONCEPTO DEL PAGO	ENTIDAD	FECHA DE PAGO	VALOR PAGADO
SALUD:	SANITAS	2025/11/12	$ 195.500
PENSIÓN:	PROTECCION	2025/11/12	$ 250.100
RIESGOS LABORALES:	SURA	2025/11/12	$ 38.200
OTRO			

TOTAL PAGADO	$ 483.800

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	*NATALIA BEATRIZ MUÑOZ PARRA* *PS_3264_2025_17CB6A* **NATALIA BEATRIZ MUÑOZ PARRA** **CC: 1015401316**
FIRMA DE QUIEN CONVALIDA EL CUMPLIMIENTO DE LAS OBLIGACIONES PARA EL PRESENTE PERIODO DE PAGO	*LUIS FERNANDO JOYA JOYA* *PS_3264_2025_17CB6A* **LUIS FERNANDO JOYA JOYA** **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	1015401316	NATALIA BEATRIZ MUÑOZ PARRA	Carrera5c91-34sur	3232303009	nataliaparra18@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	CANTIDAD UPC
					1	0
PERIODO SALUD	PERIODO PENSIONES				TOTAL A PAGAR	
2025-10	2025-10	I	12/11/2025	90833919	$483.800	

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					
EPS005	Sanitas EPS	800251440-6	194.800	0		0		0	5	700	0	195.500	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
230201	Proteccion (ING + Proteccion)	800229739-0	249.300	0	0	0	0	5	800	0	250.100	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										
14-11	ARL SURA	890903790-5	38.000				38.000	5	200	38.200			380	38.200	1

TOTALES CAJAS

Código CCF	Nombre	NIT	Valor Aporte	Días Mora	Valor Mora Aporte	Total a Pagar	No. Afiliados

TOTALES PARAFISCALES

Valor Aporte	Días Mora	Valor Mora Aporte	Total a Pagar	No. Afiliados
SENA				
0	5	0	0	0
ICBF				
0	5	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	194.800	195.500
Pensión	1	249.300	250.100
Riesgos Laborales	1	38.000	38.200
CCF	0	0	0
ESAP	0	0	0
ICBF	0	0	0
MEN	0	0	0
SENA	0	0	0
TOTALES	3	482.100	483.800

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	EXONERADO PAGO PARAFISCALES Y SALUD
CC	1015401316	NATALIA BEATRIZ MUÑOZ PARRA		Carrera5c91-34sur	3232303009	nataliaparra18@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	
2025-10	2025-10	I	12/11/2025	90833919	$483.800	

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	1015401316	MUÑOZ PARRA NATALIA BEATRIZ	59	0			N																	230201	1.558.000	249.300	0	0	0	0	EPS005	1.558.000	194.800	14-11	1.558.000	3	38.000		0	0	0	0	0	0	0	0

PAGADA

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

Agencia Nacional de Contratación Pública Colombia Compra Eficiente

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

Datos guardados

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 3264 2025 CUENTA DE COBRO ENERO 2025.pdf	PS 3264 2025 CUENTA DE COBRO ENERO 2025.pdf	Comprador	Descargar	Detalle
☐	PS 3264 2025 CUENTA DE COBRO FEBRERO 2025.pdf	PS 3264 2025 CUENTA DE COBRO FEBRERO 2025.pdf	Comprador	Descargar	Detalle
☐	PS 3264 2025 CUENTA DE COBRO MARZO 2025.pdf	PS 3264 2025 CUENTA DE COBRO MARZO 2025.pdf	Proveedor	Descargar	Detalle
	PS 3264 CUEENTA DE COBRO 1 ABRIL 2025.pdf (Archivado)	PS 3264 CUEENTA DE COBRO 1 ABRIL 2025.pdf	Proveedor	Descargar	Detalle

	PS 3264 2025 CUENTA DE COBRO 2 ABRIL.pdf (Archivado)	PS 3264 2025 CUENTA DE COBRO 2 ABRIL.pdf	Proveedor	Descargar	Detalle
☐	PS 3264 CUENTA DE COBRO 1 AL 9 ABRIL 2025.pdf	PS 3264 CUENTA DE COBRO 1 AL 9 ABRIL 2025.pdf	Proveedor	Descargar	Detalle
☐	PS 3264 2025 CUENTA DE COBRO 10 AL 30 ABRIL.pdf	PS 3264 2025 CUENTA DE COBRO 10 AL 30 ABRIL.pdf	Proveedor	Descargar	Detalle
☐	NC CONTRATACION CAMBIO SUPERVISOR 28-4-25.zip	NC CONTRATACION CAMBIO SUPERVISOR 28-4-25.zip	Comprador	Descargar	Detalle
☐	PS 3264 2025 COMUNICACIÓN SUPERVISOR 28-4-25.pdf	PS 3264 2025 COMUNICACIÓN SUPERVISOR 28-4-25.pdf	Comprador	Descargar	Detalle
☐	PS 3264 2025 CUENTA DE COBRO MAYO.pdf	PS 3264 2025 CUENTA DE COBRO MAYO.pdf	Proveedor	Descargar	Detalle
☐	PS 3264 2025 CUENTA DE COBRO JUNIO.pdf	PS 3264 2025 CUENTA DE COBRO JUNIO.pdf	Proveedor	Descargar	Detalle
☐	1 PS 3264 2025 CRP-5097.pdf	1 PS 3264 2025 CRP-5097.pdf	Comprador	Descargar	Detalle
	PS 3264 2025 CUENTA DE COBRO JULIO.pdf (Archivado)	PS 3264 2025 CUENTA DE COBRO JULIO.pdf	Proveedor	Descargar	Detalle
☐	PS 3264 2025 CUENTA DE COBRO JULIO 2.pdf	PS 3264 2025 CUENTA DE COBRO JULIO 2.pdf	Proveedor	Descargar	Detalle
☐	PS 3264 2025 CUENTA DE COBRO AGOSTO.pdf	PS 3264 2025 CUENTA DE COBRO AGOSTO.pdf	Proveedor	Descargar	Detalle
☐	2 PS 3264 2025 CRP-12399.pdf	2 PS 3264 2025 CRP-12399.pdf	Comprador	Descargar	Detalle
☐	3 PS 3264 2025 CRP-19508.pdf	3 PS 3264 2025 CRP-19508.pdf	Comprador	Descargar	Detalle
☐	4 PS 3264 2025 CRP-22381.pdf	4 PS 3264 2025 CRP-22381.pdf	Comprador	Descargar	Detalle
☐	PS 3264 2025 CUENTA DE COBRO SEPTIEMBRE.pdf	PS 3264 2025 CUENTA DE COBRO SEPTIEMBRE.pdf	Proveedor	Descargar	Detalle
☐	PS 3264 2025 CUENTA DE COBRO 1 AL 09 DEL OCTUBRE.pdf	PS 3264 2025 CUENTA DE COBRO 1 AL 09 DEL OCTUBRE.pdf	Proveedor	Descargar	Detalle
☐	PS 3264 2025 CUENTA DE COBRO 10 AL 30 DE OCTUBRE.pdf	PS 3264 2025 CUENTA DE COBRO 10 AL 30 DE OCTUBRE.pdf	Proveedor	Descargar	Detalle

Borrar Cargar nuevo

© 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.