

DATOS DEL CONTRATISTA

FECHA DE DILIGENCIAMIENTO: (31-12-2025)

NOMBRES Y APELLIDOS:	NATALI ALARCON		CC:	1032414800	
CORREO ELECTRÓNICO:	CPSNALARCON@GMAIL.COM		TELÉFONO:	3138967787	
DIRECCIÓN DOMICILIO:	KR 135 17C 03		CIUDAD:	BOGOTA	
BANCO AL CUAL CONSIGNAR:	BANCO DAVIVIENDA S.A.	TIPO DE CUENTA:	AHORROS	N° CUENTA:	008900816367

DATOS DEL CONTRATO O ADICION Y PERIODO OBJETO DE PAGO

N° DEL CONTRATO:	PS 5610 2025	VALOR CORRESPONDIENTE AL PERIODO OBJETO DE COBRO	\$ 3.225.960
FECHA DE INICIO CONTRATO	2025/06/01	FECHA DE TERMINACIÓN CONTRATO:	2026/01/15
PERIODO OBJETO DE COBRO:	DEL 2025/12/01 AL 2025/12/31		



NATALI ALARCON  
PS\_5610\_2025\_CA7006

NOMBRE Y FIRMA DEL CONTRATISTA:

NATALI ALARCON

CC: 1032414800

CEL: 3138967787

**CELEBRADO ENTRE LA SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E Y**

**NATALI ALARCON**

**CON C.C N°**

**1.032.414.800**

**OBJETO DEL CONTRATO:** PRESTAR SERVICIOS PROFESIONALES COMO ADMINISTRADORA DE EMPRESAS PARA DESARROLLAR ACTIVIDADES EN LA DIRECCION FINANCIERA DE LA SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE ESE

<b>CONTRATO DE PRESTACION DE SERVICIOS PROFESIONALES No.</b>	<b>PS 5610 2025</b>	<b>FECHA INICIO CONTRATO</b>	<b>2025/06/01</b>
--	---------------------	------------------------------	-------------------

<b>VALOR INICIAL DEL CONTRATO</b>	\$ 3.225.960	<b>No. HORAS EJECUTADAS</b>	<b>0</b>
-----------------------------------	--------------	-----------------------------	----------

<b>VALOR TOTAL DEL CONTRATO INCLUIDO ADICIONES:</b>	\$ 25.807.680	<b>VALOR DE HONORARIOS PERÍODO A CERTIFICAR:</b>	\$ 3.225.960
---	---------------	--	--------------

**PLAZO DEL CONTRATO INCLUYENDO PRORROGAS** OCHO (8) MESES

**UNIDAD FUNCIONAL DE EJECUCIÓN DE ACTIVIDADES:** SEDE ADMINISTRATIVA DIAGONAL 34

**NOMBRE DEL SUPERVISOR:** ANDRES FELIPE GUZMAN CRUZ

**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 realizó el seguimiento detallado de las cuentas bancarias asociadas a los convenios vigentes y terminados pendientes de liquidar, incluyendo la verificación de saldos y la gestión de traslados y préstamos entre convenios. Conciliando los saldos y movimientos con las áreas involucradas (financiera convenios y contabilidad). Se efectuaron los registros correspondientes a rendimientos financieros y traslados en el sistema de información institucional, garantizando la trazabilidad y transparencia en la gestión de los recursos. |
| 2 | Se realizó el seguimiento correspondiente y se dio respuesta a las solicitudes planteadas por los entes de control y las áreas de la entidad, en relación con las sentencias judiciales pagadas por la Subred. Este seguimiento consistió en informar sobre cuáles de dichas sentencias fueron pagadas, especificando el valor cobrado, el valor efectivamente cancelado y si quedó algún saldo pendiente.  |
| 3 | Se llevó a cabo la organización, control y archivo físico y digital de la documentación relacionada con convenios, asegurando su disponibilidad y conservación conforme a los lineamientos institucionales y normativos.  |
| 4 | Se atendieron requerimientos adicionales asignados por el supervisor del contrato, orientados a fortalecer la gestión administrativa y operativa del área, contribuyendo al cumplimiento de los objetivos establecidos en el marco del contrato.  |

**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 (2025-12-01) AL (2025-12-31)

**IV. INFORMACIÓN DE APORTES A SEGURIDAD SOCIAL**

<b>No. DE PLANILLA:</b>	<b>N° 9493334563</b>	<b>OPERADOR:</b>	<b>APORTES EN LINEA</b>
<b>CONCEPTO DEL PAGO</b>	<b>ENTIDAD</b>	<b>FECHA DE PAGO</b>	<b>VALOR PAGADO</b>
<b>SALUD:</b>	FAMISANAR	2025/12/11	\$ 178.000
<b>PENSIÓN:</b>	COLPENSIONES	2025/12/11	\$ 227.800
<b>RIESGOS LABORALES:</b>	SURA	2025/12/11	\$ 34.700
<b>OTRO</b>			

## 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 ningún caso el IBC sea menor a 1 SMMLV ( de ser el primer pago adjunto certificaciones de afiliación a eps, arl, pensión, 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



NATALI ALARCON

PS\_5610\_2025\_CA7006

NATALI ALARCON

CC: 1032414800

FIRMA DE QUIEN VALIDA



MARGARITA ROSA LOZANO OSORIO

PS\_5610\_2025\_CA7006

MARGARITA ROSA LOZANO OSORIO

SUPERVISOR ALTERNO

FIRMA DE QUIEN CONVALIDA EL CUMPLIMIENTO DE LAS OBLIGACIONES PARA EL PRESENTE PERIODO DE PAGO



ANDRES FELIPE GUZMAN CRUZ

PS\_5610\_2025\_CA7006

ANDRES FELIPE GUZMAN CRUZ

SUPERVISOR DEL CONTRATO

DATOS GENERALES DEL APORTANTE								
Identificación	dv	Razon Social	Clase Aportante	Sucursal Principal	Direccion	Ciudad-Departamento	Teléfono	Exonerado SENA e ICBF
CC 1032414800		ALARCON NATALI	INDEPENDIENTE	PRINCIPAL	cr 135 # 17C -03	BOGOTA-BOGOTA D.E.	5555555	No

DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION									
Periodo		Clave	Tipo	Fecha		Pago			
Pensión	Salud	Pago	Planilla	Planilla	Limite	Pago	Banco	Dias Mora	Valor
2025-11	2025-11	1998247391	9493334563	I	2025/12/02	2025/12/11	BANCO DAVIVIENDA	9	\$471,800

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	
<b>Sucursal: PRINCIPAL ( 1 Afiliados)</b>					\$1,423,500	\$227,800			\$1,423,500	\$178,000			\$1,423,500	\$28,500			\$1,423,500	\$34,700			\$0	\$0
<b>Centro de Trabajo: PRINCIPAL ( 1 Afiliados)</b>					\$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	1032414800	ALARCON NATALI	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
<b>Total Afiliados( 1)</b>					\$1,423,500	\$227,800			\$1,423,500	\$178,000			\$1,423,500	\$28,500			\$1,423,500	\$34,700			\$0	\$0

DATOS GENERALES DEL APORTANTE								
Identificación	dv	Razon Social	Clase Aportante	Sucursal Principal	Direccion	Ciudad-Departamento	Teléfono	Exonerado SENA e ICBF
CC 1032414800		ALARCON NATALI	INDEPENDIENTE	PRINCIPAL	cr 135 # 17C -03	BOGOTA-BOGOTA D.E.	5555555	No

DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION									
Periodo		Clave	Tipo	Fecha			Pago		
Pensión	Salud	Pago	Planilla	Planilla	Limite	Pago	Banco	Dias Mora	Valor
2025-11	2025-11	1998247391	9493334563	I	2025/12/02	2025/12/11	BANCO DAVIVIENDA	9	\$471,800

RESUMEN DE PAGO									
RIESGO	CODIGO	NIT	DV	AFILIADOS	VALOR LIQUIDADADO	INTERESES MORA	SALDOS E INCAPACIDADES	VALOR A PAGAR	
AFP (ADMINISTRADORAS: 1)				1	\$227,800	\$1,300	\$0	\$229,100	
COLPENSIONES	25-14	900,336,004	7	1	\$227,800	\$1,300	\$0	\$229,100	
ARL (ADMINISTRADORAS: 1)				1	\$34,700	\$200	\$0	\$34,900	
ARL SURA	14-11	890,903,790	5	1	\$34,700	\$200	\$0	\$34,900	
CCF (ADMINISTRADORAS: 1)				1	\$28,500	\$200	\$0	\$28,700	
COMPENSAR	CCF24	860,066,942	7	1	\$28,500	\$200	\$0	\$28,700	
EPS (ADMINISTRADORAS: 1)				1	\$178,000	\$1,100	\$0	\$179,100	
FAMISANAR	EPS017	830,003,564	7	1	\$178,000	\$1,100	\$0	\$179,100	
<b>TOTAL</b>				<b>1</b>	<b>\$469,000</b>	<b>\$2,800</b>	<b>\$0</b>	<b>\$471,800</b>	



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		
<input type="checkbox"/>	PS 5610 2025 - CUENTA DE COBRO JUNIO 2025.pdf	PS 5610 2025 - CUENTA DE COBRO JUNIO 2025.pdf	Proveedor	<a href="#">Descargar</a>	<a href="#">Detalle</a>
<input type="checkbox"/>	PS 5610 2025 - CUENTA DE COBRO JULIO 2025.pdf	PS 5610 2025 - CUENTA DE COBRO JULIO 2025.pdf	Proveedor	<a href="#">Descargar</a>	<a href="#">Detalle</a>
<input type="checkbox"/>	PS 5610 2025 - CUENTA DE COBRO AGOSTO 2025.pdf	PS 5610 2025 - CUENTA DE COBRO AGOSTO 2025.pdf	Proveedor	<a href="#">Descargar</a>	<a href="#">Detalle</a>
<input type="checkbox"/>	1 PS 5610 2025 CRP-17201.pdf	1 PS 5610 2025 CRP-17201.pdf	Comprador	<a href="#">Descargar</a>	<a href="#">Detalle</a>
<input type="checkbox"/>	2 PS 5610 2025 CRP-19538.pdf	2 PS 5610 2025 CRP-19538.pdf	Comprador	<a href="#">Descargar</a>	<a href="#">Detalle</a>
<input type="checkbox"/>	PS 5610 2025 - CUENTA DE COBRO SEPTIEMBRE 2025.pdf	PS 5610 2025 - CUENTA DE COBRO SEPTIEMBRE 2025.pdf	Proveedor	<a href="#">Descargar</a>	<a href="#">Detalle</a>
<input type="checkbox"/>	PS 5610 2025 - CUENTA DE COBRO OCTUBRE 2025.pdf	PS 5610 2025 - CUENTA DE COBRO OCTUBRE 2025.pdf	Proveedor	<a href="#">Descargar</a>	<a href="#">Detalle</a>
<input type="checkbox"/>	PS 5610 2025 - CUENTA DE COBRO NOVIEMBRE 2025.pdf	PS 5610 2025 - CUENTA DE COBRO NOVIEMBRE 2025.pdf	Proveedor	<a href="#">Descargar</a>	<a href="#">Detalle</a>

Borrar Cargar nuevo

Cancelar

< Evaluación de la Entidad Estatal >