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 del comprador >

VER CONTRATO

Ejecución del Contrato

Porcentaje | Recepción de artículos

Plan de Pagos

¿Se requieren emisiones de códigos de autorización? Si 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		
☐	3 PS 3159 2025 CRP-18540.pdf	3 PS 3159 2025 CRP-18540.pdf	Comprador	Descargar	Detalle
☐	1 PS 3159 2025 CRP-7307.pdf	1 PS 3159 2025 CRP-7307.pdf	Comprador	Descargar	Detalle
☐	2 PS 3159 2025 CRP-13404.pdf	2 PS 3159 2025 CRP-13404.pdf	Comprador	Descargar	Detalle
☐	PS 3159 2025 CUENTA DE COBRO JULIO 2025.pdf	PS 3159 2025 CUENTA DE COBRO JULIO 2025.pdf	Proveedor	Descargar	Detalle
☐	PS 3159 2025 CUENTA DE COBRO AGOSTO 2025.pdf	PS 3159 2025 CUENTA DE COBRO AGOSTO 2025.pdf	Proveedor	Descargar	Detalle
☐	PS 3159 2025 CUENTA DE COBRO SEPTIEMBRE 2025.pdf	PS 3159 2025 CUENTA DE COBRO SEPTIEMBRE 2025.pdf	Proveedor	Descargar	Detalle
☐	PS 3159 2025 CUENTA DE COBRO OCTUBRE 2025	ilovepdf_fusionado.pdf	Proveedor	Descargar	Detalle
☐	PS 3159 2025 CUENTA DE COBRO NOVIEMBRE 2025.pdf	PS 3159 2025 CUENTA DE COBRO NOVIEMBRE 2025.pdf	Proveedor	Descargar	Detalle

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		
☐	3 PS 3159 2025 CRP-18540.pdf	3 PS 3159 2025 CRP-18540.pdf	Comprador	Descargar	Detalle
☐	1 PS 3159 2025 CRP-7307.pdf	1 PS 3159 2025 CRP-7307.pdf	Comprador	Descargar	Detalle
☐	2 PS 3159 2025 CRP-13404.pdf	2 PS 3159 2025 CRP-13404.pdf	Comprador	Descargar	Detalle
☐	PS 3159 2025 CUENTA DE COBRO JULIO 2025.pdf	PS 3159 2025 CUENTA DE COBRO JULIO 2025.pdf	Proveedor	Descargar	Detalle
☐	PS 3159 2025 CUENTA DE COBRO AGOSTO 2025.pdf	PS 3159 2025 CUENTA DE COBRO AGOSTO 2025.pdf	Proveedor	Descargar	Detalle
☐	PS 3159 2025 CUENTA DE COBRO SEPTIEMBRE 2025.pdf	PS 3159 2025 CUENTA DE COBRO SEPTIEMBRE 2025.pdf	Proveedor	Descargar	Detalle
☐	PS 3159 2025 CUENTA DE COBRO OCTUBRE 2025	ilovepdf_fusionado.pdf	Proveedor	Descargar	Detalle
☐	PS 3159 2025 CUENTA DE COBRO NOVIEMBRE 2025.pdf	PS 3159 2025 CUENTA DE COBRO NOVIEMBRE 2025.pdf	Proveedor	Descargar	Detalle
☐	PS 3159 2025 CUENTA DE COBRO ENERO 2025.pdf	PS 3159 2025 CUENTA DE COBRO ENERO 2025.pdf	Proveedor	Descargar	Detalle
☐	PS 3159 2025 CUENTA DE COBRO FEBRERO 2025 .pdf	PS 3159 2025 CUENTA DE COBRO FEBRERO 2025 .pdf	Proveedor	Descargar	Detalle
☐	PS 3159 2025 CUENTA DE COBRO MARZO 2025 .pdf	PS 3159 2025 CUENTA DE COBRO MARZO 2025 .pdf	Proveedor	Descargar	Detalle
☐	PS 3159 2025 CUENTA DE COBRO ABRIL 2025 .pdf	PS 3159 2025 CUENTA DE COBRO ABRIL 2025 .pdf	Proveedor	Descargar	Detalle
☐	PS 3159 2025 CUENTA DE COBRO MAYO 2025 .pdf	PS 3159 2025 CUENTA DE COBRO MAYO 2025 .pdf.pdf	Proveedor	Descargar	Detalle
☐	PS 3159 2025 CUENTA DE COBRO JUNIO 2025.pdf	PS 3159 2025 CUENTA DE COBRO JUNIO 2025.pdf	Proveedor	Descargar	Detalle

Documentos de ejecución del contrato

Eliminar seleccionado | Subir nuevo

Cancelar

< | Evaluación del comprador | >

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 1001043896		CORTES PARDO BRIGITTE DAYANA	INDEPENDIENTE	PRINCIPAL	Dg 98 sur 6 a 09 este	BOGOTA-BOGOTA D.E.	3214251988	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	1000002473	9495868176	I	2025/12/23	2025/12/10	BANCO DE BOGOTA	0	$440,500

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			$1,423,500	$34,700		$0	$0
Centro de Trabajo: PRINCIPAL (1 Afiliados)					$1,423,500	$227,800			$1,423,500	$178,000			$0	$0			$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			$0	$0			$1,423,500	$34,700		$0	$0
1	CC	1001043896	CORTES BRIGITTE	230201	30	$1,423,500	$227,800	EPS017	30	$1,423,500	$178,000		0	$0	$0	14-11	30	$1,423,500	$34,700	0	$0	$0
Total		**Afiliados(1)**				$1,423,500	$227,800			$1,423,500	$178,000			$0	$0			$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 1001043896		CORTES PARDO BRIGITTE DAYANA	INDEPENDIENTE	PRINCIPAL	Dg 98 sur 6 a 09 este	BOGOTA-BOGOTA D.E.	3214251988	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	1000002473	9495868176	I	2025/12/23	2025/12/10	BANCO DE BOGOTA	0	$440,500

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
PROTECCION	230201	800,229,739	0	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
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	$440,500	$0	$0	$440,500

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: (31-12-2025)					
NOMBRES Y APELLIDOS:	**BRIGITTE DAYANA CORTES PARDO**			**CC:**	**1001043896**
CORREO ELECTRÓNICO:	**BRIGITTEDAYANA1707@GMAIL.COM**			**TELÉFONO:**	**3124124381**
DIRECCIÓN DOMICILIO:	**DG 98 SUR 6A 09 ESTE**			**CIUDAD:**	**BOGOTA**
BANCO AL CUAL CONSIGNAR:	**BANCO DE BOGOTA**	**TIPO DE CUENTA:**	**AHORROS**	**N° CUENTA:**	**437275092**
DATOS DEL CONTRATO O ADICION Y PERIODO OBJETO DE PAGO					
Nº DEL CONTRATO:	**PS 3159 2025**	**VALOR CORRESPONDIENTE AL PERIODO OBJETO DE COBRO**			**$ 1.958.880**
FECHA DE INICIO CONTRATO	**2025/01/01**	**FECHA DE TERMINACIÓN CONTRATO:**			**2026/01/15**
PERIODO OBJETO DE COBRO:	**DEL 2025/12/01 AL 2025/12/31**				

BRIGITTE DAYANA CORTES PARDO
PS_3159_2025_B3D9A4

NOMBRE Y FIRMA DEL CONTRATISTA:
BRIGITTE DAYANA CORTES PARDO
CC: 1001043896
CEL: 3124124381

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			
BRIGITTE DAYANA CORTES PARDO			
	CON C.C N°	**1.001.043.896**	
OBJETO DEL CONTRATO:	PRESTAR SERVICIO TECNICO COMO AUXILIAR LABORATORIO Y/O ENFERMERIA PARA DESARROLLAR ACTIVIDADES EN LA DIRECCION DE SERVICIOS COMPLEMENTARIOS DE LA SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E.		
CONTRATO DE PRESTACION DE SERVICIOS PROFESIONALES No.	**PS 3159 2025**	**FECHA INICIO CONTRATO**	**2025/01/01**
VALOR INICIAL DEL CONTRATO	$ 8.547.840	**No. HORAS EJECUTADAS**	**176**
VALOR TOTAL DEL CONTRATO INCLUIDO ADICIONES:	$ 31.275.300	**VALOR DE HONORARIOS PERÍODO A CERTIFICAR:**	$ 1.958.880
PLAZO DEL CONTRATO INCLUYENDO PRORROGAS	TRECE (13) MESES		
UNIDAD FUNCIONAL DE EJECUCIÓN DE ACTIVIDADES:	HOSPITAL SANTA CLARA		
NOMBRE DEL SUPERVISOR:	MARTHA CECILIA OQUENDO OSPINA		

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	Montaje de orinas y materia fecal del turno de la noche
2	Limpieza y desinfeccion de secciones quimica,hematologia,tbc y microscopia para hacer entrega de turno.
3	Patin de laboratorio clinico santa clara
4	Ingreso de urgencia en el turno de la noche.
5	Descargar rutina, verificar exámenes y chekin a la muestras.
6	Montaje de baciloscopias.
7	Limpieza y desinfección de ingresó para entrega de turno.

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

No. DE PLANILLA:	N° 9495868176	OPERADOR:	APORTES EN LINEA
CONCEPTO DEL PAGO	ENTIDAD	FECHA DE PAGO	VALOR PAGADO
SALUD:	FAMISANAR	2025/12/10	$ 178.000
PENSIÓN:	PROTECCION	2025/12/10	$ 227.800
RIESGOS LABORALES:	SURA	2025/12/10	$ 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	*BRIGITTE DAYANA CORTES PARDO* *PS_3159_2025_B3D9A4* **BRIGITTE DAYANA CORTES PARDO** **CC: 1001043896**
FIRMA DE QUIEN CONVALIDA EL CUMPLIMIENTO DE LAS OBLIGACIONES PARA EL PRESENTE PERIODO DE PAGO	*MARTHA CECILIA OQUENDO OSPINA* *PS_3159_2025_B3D9A4* **MARTHA CECILIA OQUENDO OSPINA** **SUPERVISOR DEL CONTRATO**