

DATOS DEL CONTRATISTA					
FECHA DE DILIGENCIAMIENTO: (31-01-2026)					
NOMBRES Y APELLIDOS:	NORMA CAROLINA BOLAÑOS CONTRERAS			CC:	52733286
CORREO ELECTRÓNICO:	NORMACAROLINABOLANOS@GMAIL.COM			TELÉFONO:	3202512808
DIRECCIÓN DOMICILIO:	CL 12 SUR 1 06			CIUDAD:	BOGOTA
BANCO AL CUAL CONSIGNAR:	BANCO DAVIVIENDA S.A.	TIPO DE CUENTA:	AHORROS	Nº CUENTA:	008480282857
DATOS DEL CONTRATO O ADICION Y PERIODO OBJETO DE PAGO					
Nº DEL CONTRATO:	PS 1234 2025	VALOR CORRESPONDIENTE AL PERIODO OBJETO DE COBRO		\$ 2.672.026	
FECHA DE INICIO CONTRATO	2025/01/01	FECHA DE TERMINACIÓN CONTRATO:		2026/01/31	
PERIODO OBJETO DE COBRO:	DEL 2026/01/01 AL 2026/01/31				
<div><div><div>NORMA CAROLINA BOLAÑOS CONTRERAS</div><div>PS_1234_2025_4EB754</div></div></div> <div>NOMBRE Y FIRMA DEL CONTRATISTA:</div> <div>NORMA CAROLINA BOLAÑOS CONTRERAS</div> <div>CC: 52733286</div> <div>CEL: 3202512808</div>					



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
NORMA CAROLINA BOLAÑOS CONTRERAS

CON C.C N° 52.733.286

OBJETO DEL CONTRATO:	PRESTAR SERVICIOS COMO TECNICO 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 1234 2025	FECHA INICIO CONTRATO	2025/01/01
VALOR INICIAL DEL CONTRATO	\$ 8.016.078	No. HORAS EJECUTADAS	0
VALOR TOTAL DEL CONTRATO INCLUIDO ADICIONES:	\$ 37.408.364	VALOR DE HONORARIOS PERÍODO A CERTIFICAR:	\$ 2.672.026
PLAZO DEL CONTRATO INCLUYENDO PRORROGAS	TRECE (13) 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	1. SE RECEPCIONO Y SE REVISO LISTADOS DE PACIENTES PARA FACTURACION DE MEDICINA.
2	2. SE RECEPCIONO Y REVISO LISTADOS DE PACIENTES PARA FACTURACION DE ODONTOLOGIA.
3	3. SE RECEPCIONO Y REVISO LISTADOS DE PACIENTES PARA FACTURACION DE PSICOLOGIA.
4	4. SE RECEPCIONO Y REVISO LISTADOS DE PACIENTES PARA FACTURACION DE PSIQUIATRIA.
5	5. SE RECEPCIONO Y REVISO LISTADOS DE PACIENTES PARA FACTURACION DE ENFERMERIA.
6	6. SE RECEPCIONO Y REVISO LISTADOS DE PACIENTES PARA FACTURACION DE LABORATORIO.
7	7. SE REALIZO EL AGENDAMIENTO DE LOS PACIENTES PARA CONSULTA RELACIONADOS EN LOS LISTADOS REVISADOS.
8	8. SE REALIZO EL AGENDAMIENTO DE LOS PACIENTES PARA CONSULTA PRIORITARIA REFERIDOS EN LOS DIFERENTES SERVICIOS.
9	9. SE REALIZO LA FACTURACION DE LAS ACTIVIDADES AGENDADAS.
10	10. SE APOYO LA MODIFICACION LAS FACTURAS DE LOS PACIENTES QUE RECIBEN LA AUTORIZACION DE LA EPS.
11	11. SE REALIZO LAS SUBSANACIONES DETECTADAS POR LA CENTRAL DE FACTURACION

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 (2026-01-01) AL (2026-01-31)

IV. INFORMACIÓN DE APORTES A SEGURIDAD SOCIAL			
No. DE PLANILLA:	N° 122316	OPERADOR:	MI PLANILLA
CONCEPTO DEL PAGO	ENTIDAD	FECHA DE PAGO	VALOR PAGADO
SALUD:	COMPENSAR	2026/01/02	\$ 178.000
PENSIÓN:	COLFONDOS	2026/01/02	\$ 227.800
RIESGOS LABORALES:	SEGUROS BOLIVAR	2026/01/02	\$ 0
OTRO			

TOTAL PAGADO		\$ 405.800
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 ningún 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	<div><div><i>NORMA CAROLINA BOLAÑOS CONTRERAS</i> <i>PS_1234_2025_4EB754</i></div><div>NORMA CAROLINA BOLAÑOS CONTRERAS CC: 52733286</div></div>	
FIRMA DE QUIEN CONVALIDA EL CUMPLIMIENTO DE LAS OBLIGACIONES PARA EL PRESENTE PERIODO DE PAGO	<div><div><i>GUILLERMO RUBIO GUIZA</i> <i>PS_1234_2025_4EB754</i></div><div>GUILLERMO RUBIO GUIZA SUPERVISOR DEL CONTRATO</div></div>	

DATOS DEL APORTANTE									
TIPO	NÚMERO	NOMBRE APORTANTE	DIRECCIÓN	TÉLEFONO	CORREO	EXONERADO PAGO PARAFISCALES Y SALUD			
CC	52733286	NORMA CAROLINA BOLAÑOS CONTRERAS	CL 12 SUR NO 1 06	2802504	normacarolinabolanos@gmail.com				
FORMA PRESENTACIÓN	CLASE APORTANTE	NOMBRE SUCURSAL	CÓDIGO	DEPARTAMENTO	CUIDAD / MUNICIPIO				
ÚNICA	I – Independiente			BOGOTÁ D. C.	BOGOTÁ, D. C.	NO			

DATOS DE LA PLANILLA									
PLANILLA ASOCIADA		FECHA PAGO ASOCIADA (DÍAS/MES/AÑO)		TIPO PLANILLA		FECHA PAGO (DÍAS/MES/AÑO)		CANTIDAD	
								EMPLÉADOS	
								1	
								TOTAL A PAGAR	
								\$434.300	

TOTALES POR SUBSISTEMAS

TOTALES SALUD									
Código EPS	Nombre	NIT	Cotización Obligatoria	UPC Adicional	Incapacidades		Licencia Maternidad		No. Afiliados
EPS008	Compensar EPS	860066942-7	178.000	0	No. Autorización	Valor	No. Autorización	Valor	
						0		0	1

TOTALES PENSIÓN

Código AFP	Nombre	NIT	Cotización Obligatoria	Cotización Voluntario Afiliado	Aporte Voluntario Aportante	Aporte FSP - Solidaridad	Aporte FSP - Subsistencia	Días Mora	Valor Mora Cotización	Valor Mora UPC	Total a Pagar	No. Afiliados
231001	Colfondos	800227940-6	227.800	0	0	0	0	0	0	0	178.000	1

TOTALES RIESGOS LABORALES

Código ARL	Nombre	NIT	Cotización Obligatoria	Incapacidades		Valor Neto Cotización	Días Mora	Valor Mora Cotización	Fondo Solidaridad	Total a Pagar	No. Afiliados
				No. Autorización	Valor						

TOTALES CAJAS

Código CCF	Nombre	NIT	Valor Aporte	Días Mora	Valor Mora Aporte	Total a Pagar	No. Afiliados
CCF21	Calam	860013570-3	28.500	0	0	28.500	1

TOTALES PARAFISCALES

Valor Aporte	Días Mora	Valor Mora Aporte	Total a Pagar	No. Afiliados
0	0	0	0	0
0	0	0	0	0

TOTALES POR SUBSISTEMA				
Tipo Administradora	No. Administradoras Reportadas	Valor antes de IGE, LMA, IRP y Mora	Total a Pagar	No. Afiliados
Salud	1	178.000	178.000	178.000
Pensión	1	227.800	227.800	227.800
Riesgos Laborales	0	0	0	0
CCF	1	28.500	28.500	28.500
ESAP	0	0	0	0
ICBF	0	0	0	0
MEN	0	0	0	0
SENA	0	0	0	0
TOTALES	3	434.300	434.300	434.300

TIPO		DATOS DEL APORTANTE					EXONERADO PAGO PARAFISCALES Y SALUD
	NÚMERO	NOMBRE APORTANTE		DIRECCIÓN	TELÉFONO	CORREO	
CC	52733296	NORMA CAROLINA BOLAÑOS CONTRERAS		CL. 12 SUR NO 1 06	2802504	normacarolinabolanos@gmail.co m	
FORMA PRESENTACIÓN	CLASE APORTANTE	NOMBRE SUCURSAL	CÓDIGO	DEPARTAMENTO	CIUDAD / MUNICIPIO		
UNICA	I – Independiente			BOGOTÁ D. C.	BOGOTÁ D.C.		
			</				

DATOS DE LA PLANILLA					
PLANILLA ASOCIADA	FECHA PAGO ASOCIADA (DÍAS/MES/AÑO)	TIPO PLANILLA	FECHA PAGO (DÍAS/MES/AÑO)	CANTIDAD	
				NÚMERO PLANILLA	EMPLEADOS
					UPC
				1	0
PERIODO SALUD	2025-12			TOTAL A PAGAR	
	2025-12	I	02/01/2026	122316	\$434.300

DETALLE POR COTIZANTE																																
INFORMACIÓN COTIZANTE				INFORMACIÓN NOVEDADES										PENSIÓN				SALUD			RIESGOS LABORALES			CCF				PARAFISCALES				
No.	Tipo	No. de Identificación	Apellidos y Nombres	Cotizante	Extranjero	Colombiano	Subtipo	Excmo. asesor	RECEPCIÓN	Cód. AFP	IBCF AFP	Cotización	Voluntari o Afiliado	Voluntario Aportante	Fondo pensional de solidaridad	Fondo para pensión de subsistencia	Cód. EPS	IBCF EPS	Cotización/ Valor UPC	Cód. ARL	Cotización	Código CCF	IBCF CCF	Aporte CCF	IBCF otros parafiscales	Aporte SENA	Aporte ICBF	Aporte ESAP	Aporte MEN			
1	CC	52733286	BOLANOS CONTRERAS NORMA CAROLINA	3	0	N			RECEPCIÓN	231001	1.423.500	227.800	0	0	0	0	0	EPS308	1.423.500	178.000	0		0	1.423.500	28.500	0	0	0	0	0		