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: (31-01-2026)					
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**			**$ 3.893.400**
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**				

NATALIA BEATRIZ MUÑOZ PARRA
PS_3264_2025_0D0944

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:	$ 54.507.600	**VALOR DE HONORARIOS PERÍODO A CERTIFICAR:**	$ 3.893.400
PLAZO DEL CONTRATO INCLUYENDO PRORROGAS	TRECE (13) 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	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	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
3	SE REALIZÓ LA SOLICITUD FORMAL DE DOCUMENTACIÓN A LAS HOJAS DE VIDA PRESELECCIONADAS, YA SEA MEDIANTE EL CORREO DE SELECCIÓNTH@SUBREDCENTROORIENTE.GOV.CO O POR REMISIÓN DIRECTA DESDE LA DIRECCIÓN CORRESPONDIENTE.UNA VEZ EL CANDIDATO ENVIÓ LA CARPETA CON LOS DOCUMENTOS REQUERIDOS, SE PROCEDE A LA VERIFICACIÓN DETALLADA DE CADA SOPORTE, VALIDANDO EL CUMPLIMIENTO DE LOS REQUISITOS ESTABLECIDOS PARA CONTINUAR EN EL PROCESO. LA INFORMACIÓN SE SUMINISTRA A TRAVÉS DE BASES DE DATOS, LAS CUALES SE COMPARTE CON LOS ENLACES DE CADA DIRECCIÓN, PARA QUE TENGAN CONOCIMIENTOS DE LA GESTIÓN DE CADA PROCESO, SE VALIDA LA PLATAFORMA SIDEAP: SE VERIFICA LA INFORMACIÓN CARGADA POR CADA CANDIDATO EN LOS MÓDULOS CORRESPONDIENTES DE LA PLATAFORMA SIDEAP, ASEGURANDO QUE TODOS LOS DATOS ESTÉN CORRECTOS Y COMPLETOS, PARA ASÍ VALIDAR LA HOJA DE VIDA, SE REALIZA SEGUIMIENTO INDIVIDUALIZADO MEDIANTE CORREO ELECTRÓNICO, INFORMANDO A LOS CANDIDATOS LAS INCONSISTENCIAS O DOCUMENTOS FALTANTES PARA SU SUBSANACIÓN SEGUIMIENTO CONTINUO A LOS CANDIDATOS: SE MANTUVO UN MONITOREO CONSTANTE DEL CUMPLIMIENTO DOCUMENTAL POR PARTE DE LOS CANDIDATOS, CON EL OBJETIVO DE LOGRAR LA CONFORMACIÓN COMPLETA DEL 100% DE CADA CARPETA
4	SE PROCEDE A LA VERIFICACIÓN DETALLADA DE CADA SOPORTE SEGÚN LISTA DE CHEQUEO Y PERFIL SOLIICTADO, VALIDANDO EL CUMPLIMIENTO DE LOS REQUISITOS ESTABLECIDOS
5	SE PROCEDE A LA RADICACIÓN FORMAL, INCLUYENDO EL ESCANEO DE LOS SIGUIENTES DOCUMENTOS: A. FORMATOS DE NECESIDAD DEL SERVICIO B. FORMATOS DE INSUFICIENCIA C. SOLICITUD DE CDP (CERTIFICADO DE DISPONIBILIDAD PRESUPUESTAL) UNA VEZ CONSOLIDADA Y VALIDADA LA DOCUMENTACIÓN DEL CANDIDATO, SE REALIZÓ EL ENVÍO FORMAL AL ÁREA DE (OPS) A TRAVÉS DEL CORREO INSTITUCIONAL CEROPAPEL@SUBREDCENTROORIENTE.GOV.CO. ESTA ENTREGA TIENE COMO FINALIDAD PERMITIR LA REVISIÓN FINAL Y LA GENERACIÓN DEL ACTO CONTRACTUAL CORRESPONDIENTE.
6	SE REALIZA REVISIÓN DIARIA DE CORREO ELECTRÓNICO DANDO RESPUESTA SON LOS PROCESOS SOLICITADOS
7	SE EFECTÚA REVISIÓN DE LA MATRIZ DE CONTRATACIÓN CON EL FIN DE VERIFICAR QUE EL CONTRATISTA SE ENCUENTRE DEBIDAMENTE REGISTRADO EN EL SISTEMA, ASEGURANDO LA TRAZABILIDAD Y CONTINUIDAD DEL PROCESO DE VINCULACIÓN
8	SE ENVÍA INFORMACIÓN POR MEDIO DE CORREO ELECTRÓNICO CUANDO SON REQUERIDOS POR LA DIRECCIÓN DE CONTRATACIÓN REFERENTE AL PROCESO DE SELECCIÓN,DE LA DIRECCIÓNES.
9	SE REVISIÓN DE AGENDAMIENTO Y REVISIÓN DE PRUEBAS PSICOTÉCNICAS PERTENECIENTES AL AÑO EN CURSO, POSTERIORMENTE SE REALIZA LA PONDERACIÓN DE LAS RESPECTIVAS PRUEBAS, VALIDANDO LA PUNTUACIÓN DE CADA ÍTEM ARROJADO POR LA PRUEBA, LLEVANDO EL SEGUIMIENTO RESPECTIVO
10	SE ENVÍA POR CORREO ELECTRÓNICO AL PERSONAL ENCARGADO LA INFORMACIÓN DEL CONTRATISTA, CON EL FIN DE QUE SE PROCEDA CON LA CREACIÓN DEL TERCERO.

11	SE REALIZA LA CONSULTA POR CADA CANDIDATO EN LA PLATAFORMA SARLAF, VERIFICANDO QUE CUMPLA CON LAS DIRECTRICES SOLICITAS EN EL PROCEDIMIENTO, SE GENERA LA PLANTILLA PARA ANEXARLO EN LA CARPETA DECONTRATISTA
12	12 SE DESARROLLA EL PROCESO DE MASIVA PARA CONTRATACIÓN 2026

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° 92532467	OPERADOR:	MI PLANILLA

CONCEPTO DEL PAGO	ENTIDAD	FECHA DE PAGO	VALOR PAGADO
SALUD:	SANITAS	2026/01/06	$ 194.800
PENSIÓN:	PROTECCION	2026/01/06	$ 249.300
RIESGOS LABORALES:	SURA	2026/01/06	$ 38.000
OTRO			
TOTAL PAGADO			$ 482.100

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_0D0944* **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_0D0944* **LUIS FERNANDO JOYA JOYA** **SUPERVISOR DEL CONTRATO**