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:	**DIANA GARCIA GUZMAN**			**CC:**	**52093686**
CORREO ELECTRÓNICO:	**GARCIADIANITA21@GMAIL.COM**			**TELÉFONO:**	**3132351964**
DIRECCIÓN DOMICILIO:	**KR 2A N° 17A- 35SUR**			**CIUDAD:**	**BOGOTA**
BANCO AL CUAL CONSIGNAR:	**ITAU (Helm Bank)**	**TIPO DE CUENTA:**	**AHORROS**	**N° CUENTA:**	**007031721**
DATOS DEL CONTRATO O ADICION Y PERIODO OBJETO DE PAGO					
Nº DEL CONTRATO:	**PS 5675 2025**	**VALOR CORRESPONDIENTE AL PERIODO OBJETO DE COBRO**			**$ 2.782.500**
FECHA DE INICIO CONTRATO	**2025/06/05**	**FECHA DE TERMINACIÓN CONTRATO:**			**2026/01/31**
PERIODO OBJETO DE COBRO:	**DEL 2026/01/01 AL 2026/01/31**				

DIANA GARCIA GUZMAN
PS_5675_2025_DB892E

NOMBRE Y FIRMA DEL CONTRATISTA:
DIANA GARCIA GUZMAN
CC: 52093686
CEL: 3132351964

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			
DIANA GARCIA GUZMAN			
	CON C.C N°	**52.093.686**	
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 ESE		
CONTRATO DE PRESTACION DE SERVICIOS PROFESIONALES No.	**PS 5675 2025**	**FECHA INICIO CONTRATO**	**2025/06/05**
VALOR INICIAL DEL CONTRATO	$ 1.852.032	**No. HORAS EJECUTADAS**	**250**
VALOR TOTAL DEL CONTRATO INCLUIDO ADICIONES:	$ 25.599.000	**VALOR DE HONORARIOS PERÍODO A CERTIFICAR:**	$ 2.782.500
PLAZO DEL CONTRATO INCLUYENDO PRORROGAS	OCHO (8) 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	ACTIVIDAD 1.TOMA DE MUESTRAS A LOS PACIENTES QUE SE ENCUENTRAN FACTURADOS
2	ACTIVIDAD 2. LIMPIEZA DE MESONES Y EQUIPOS PEQUE;OS.
3	ACTIVIDAD 3. INGRESO DE PACIENTES DE CONSULTA EXTERNA.
4	ACTIVIDAD 4. MONTAJE DE ORINAS Y MATERIA FECAL.
5	ACTIVIDAD 5. LIMPIEZA DE CENTRIFUGAS.

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° 8823299290	OPERADOR:	SIMPLE

CONCEPTO DEL PAGO	ENTIDAD	FECHA DE PAGO	VALOR PAGADO
SALUD:	COMPENSAR	2026/01/13	$ 218.900
PENSIÓN:	COLPENSIONES	2026/01/13	$ 280.200
RIESGOS LABORALES:	SURA	2026/01/13	$ 42.700
OTRO			
TOTAL PAGADO			$ 541.800

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	*DIANA GARCIA GUZMAN* *PS_5675_2025_DB892E* **DIANA GARCIA GUZMAN** **CC: 52093686**
FIRMA DE QUIEN CONVALIDA EL CUMPLIMIENTO DE LAS OBLIGACIONES PARA EL PRESENTE PERIODO DE PAGO	*MARTHA CECILIA OQUENDO OSPINA* *PS_5675_2025_DB892E* **MARTHA CECILIA OQUENDO OSPINA** **SUPERVISOR DEL CONTRATO**

diana 2.pdf | diana 5.pdf | diana 5.pdf
Archivo C:/Users/Quinberlab/AppData/Local/Temp/%7B1DDC064B-E1AA-4008-8785-A7EDC1F6F315%7D/Downloads/diana%205.pdf
Dibujar | Pregúntale a Copilot | 1 de 1 | Editar con Acrobat

PAGOSIMPLE | REPORTE INDIVIDUAL

Fecha creación reporte 2026-02-12, 04:35:17 PM **Tipo Planilla** I **Número Planilla** 1078733898 **Referencia pago(PIN)** 8823299290

Periodo Cotización 202601 **Periodo Servicio** 202601

Cliente:

PAGADA 2026-02-12

I. DATOS DEL APORTANTE

Razón Social	DIANA GARCIA GUZMAN				
Documento	CC 52093686	**Dirección**	CR 2A SUR #17 A - 35 INT18AP304BELODROMO		
Tipo de Empresa	INDEPENDIENTE	**Teléfono**	3132351964		
Tipo Persona	NATURAL	**Forma Presentación**	ÚNICO	**Total Afiliados**	1
Ciudad	BOGOTA D.C.	**Departamento**	BOGOTA D.C.		
Representante Legal		**Identificación**			

II. DATOS DEL AFILIADO

Documento	CC 52093686		Residente		Exonerado	N	Apellidos y Nombres	Código Ciudad - Departamento	Centro de Trabajo	Ubicación Laboral
Tipo Cotizante	59	00					GARCIA GUZMAN DIANA	11001000 - 11		BOGOTA D.C.

III. APORTE POR CADA UNA DE LAS ADMINISTRADORAS ASOCIADAS AL AFILIADO:

Novedades																											Extranjero	Tipo salario	Salario	Pensión						Salud						Riesgos					Caja				Parafiscales			
IRP	SLN	INT	LMA	VAC	VSP	VST	SLE	ING	RET	TDE	TAE	TDP	TAP	VSP	VST	SLE	IGE	LMA	VAC	AVP	VCT	IRP	Días PFPS	Días PFPS	Días PFPS	Días PFPS				Código AFP	Código Tras. AFP	Tarifa AFP	IBC	Total Aporte AFP	Total Aporte FSP	Total Aporte FSPS	Código EPS	Código Tras. EPS	Tarifa EPS	IBC EPS	Aporte Salud	Aporte UPC	Código ARL	Clase Riesgo	Tarifa ARL	IBC ARL	Aporte Riesgos	Código CCF	Tarifa CCF	IBC CCF	Aporte Caja	Tarifa SENA	Aporte SENA	Tarifa ICBF	Aporte ICBF
																						0	30	30	30	0			$ 1.423.500	25-14		16 %	$ 1.750.905	$ 280.200	$ 0	$ 0	EPS008		12,5 %	$ 1.750.905	$ 218.900	$ 0	14-11	3	2,436 %	$ 1.750.905	$ 42.700	NIN-CC	0 %	$ 0	$ 0	0 %	$ 0	0 %	$ 0

IV.TOTALES

Total Aportes Pensión	Total Aportes FSP	Total Aportes FSPS	Total Aportes Salud	Total Aportes Riesgos	Total Aportes Cajas	Total Aportes SENA	Total Aportes ICBF	Total Aportes ESAP	Total Aportes MEN	Total Final
COLPENSIONES	FSP SOLIDARIDAD	FSP SUBSISTENCIA	COMPENSAR EPS	ARL SURA	NINGUNA CCF	SENA	ICBF	ESAP	MEN	
$ 280.200	$ 0	$ 0	$ 218.900	$ 42.700	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 541.800

Buscar 16°C Nublado ESP 01:15 p.m. 23/02/2026