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: (28-02-2026)					
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 1015 2026**	**VALOR CORRESPONDIENTE AL PERIODO OBJETO DE COBRO**			**$ 3.952.360**
FECHA DE INICIO CONTRATO	**2026/02/01**	**FECHA DE TERMINACIÓN CONTRATO:**			**2026/05/31**
PERIODO OBJETO DE COBRO:	**DEL 2026/02/01 AL 2026/02/28**				

NATALIA BEATRIZ MUÑOZ PARRA
PS_1015_2026_A81F04

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 IV PARA DESARROLLAR ACTIVIDADES EN LA DIRECCION DE CONTRATACION DE LA SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E.		
CONTRATO DE PRESTACION DE SERVICIOS PROFESIONALES No.	**PS 1015 2026**	**FECHA INICIO CONTRATO**	**2026/02/01**
VALOR INICIAL DEL CONTRATO	$ 15.809.440	**No. HORAS EJECUTADAS**	**0**
VALOR TOTAL DEL CONTRATO INCLUIDO ADICIONES:	$ 15.809.440	**VALOR DE HONORARIOS PERÍODO A CERTIFICAR:**	$ 3.952.360
PLAZO DEL CONTRATO INCLUYENDO PRORROGAS	CUATRO (4) 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	REALIZAR BÚSQUEDA Y RECLUTAMIENTO DE CANDIDATOS CONFORME AL PERFIL REQUERIDO, SOLICITAR FORMALMENTE LA DOCUMENTACIÓN EXIGIDA, VERIFICAR EL CUMPLIMIENTO DE REQUISITOS ESTABLECIDOS.ACTUALIZAR BASES DE DATOS INSTITUCIONALES DEL PROCESO DE SELECCIÓN.
2	PUBLICAR Y DIFUNDIR VACANTES EN MEDIOS OFICIALES.ATENDER OPORTUNAMENTE SOLICITUDES DE PERSONAL DE LAS DIFERENTES DEPENDENCIAS.GARANTIZAR TRAZABILIDAD DEL PROCESO DE RECLUTAMIENTO.
3	ORIENTAR AL CANDIDATO SOBRE REQUISITOS DOCUMENTALES.HACER SEGUIMIENTO HASTA LA CONSOLIDACIÓN COMPLETA DE LA CARPETA, ASEGURAR EL CUMPLIMENTO DE LOS REQUISITOS DOCUMENTALES DE INGRESO.
4	VALIDAR CADA SOPORTE CONFORME A LA LISTA DE CHEQUEO VIGENTE.CONFIRMAR QUE EL PERFIL CUMPLA CON LOS REQUISITOS ESTABLECIDOS.REGISTRAR EL CUMPLIMIENTO DOCUMENTAL ANTES DEL INGRESO.
5	REALIZAR MONITOREO CONTINUO DEL CUMPLIMIENTO DE PLAZOS. NOTIFICAR INCONSISTENCIAS O DOCUMENTOS FALTANTES. INICIAR NUEVA BÚSQUEDA EN CASO DE INCUMPLIMIENTO PARA GARANTIZAR LA COBERTURA DE LA VACANTE.
6	VALIDAR INFORMACIÓN EN SIDEAP VERIFICAR LA CREACIÓN DE USUARIO EN SECOP I,CONSULTAR Y VALIDAR ANTECEDENTES EN SARLAFT.
7	REVISAR SOPORTES DOCUMENTALES EN VOLUMEN MASIVO, VALIDAR CUMPLIMIENTO DE REQUISITOS CONTRACTUALES ACTUALIZADOS, GARANTIZAR UNIFORMIDAD EN LA REVISIÓN DOCUMENTAL.
8	CONSOLIDAR DOCUMENTACIÓN COMPLETA DEL CONTRATISTA, RADICAR FORMALMENTE LOS DOCUMENTOS REQUERIDOS, REMITIR OPORTUNAMENTE LA INFORMACIÓN AL ÁREA ENCARGADA PARA LA ELABORACIÓN DEL CONTRATO.
9	VERIFICAR CUMPLIMIENTO DE LA TABLA DE HONORARIOS VIGENTE.VALIDAR COHERENCIA ENTRE PERFIL SOLICITADO Y ACTIVIDADES A DESARROLLAR.CONFIRMAR PROCESO SOLICITANTE Y NECESIDAD INSTITUCIONAL.
10	APOYAR LA VERIFICACIÓN DE SOLICITUDES DE REINTEGROS Y LIBERACIÓN DE SALDOS. CUANDO SE REQUIERA
11	ATENDER INSTRUCCIONES IMPARTIDAS POR EL SUPERVISOR DEL CONTRATO. APOYAR PROCESOS ADICIONALES RELACIONADOS CON SELECCIÓN CONTRIBUIR AL CUMPLIMIENTO DE METAS INSTITUCIONALES DEL ÁREA.

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 (2026-02-01) AL (2026-02-28)

IV. INFORMACIÓN DE APORTES A SEGURIDAD SOCIAL

No. DE PLANILLA:	N° 41228820	OPERADOR:	MI PLANILLA

CONCEPTO DEL PAGO	ENTIDAD	FECHA DE PAGO	VALOR PAGADO
SALUD:	SANITAS	2026/02/20	$ 221.000
PENSIÓN:	PROTECCION	2026/02/20	$ 282.900
RIESGOS LABORALES:	SURA	2026/02/20	$ 43.200
OTRO			
TOTAL PAGADO			$ 547.100

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_1015_2026_A81F04* **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_1015_2026_A81F04* **LUIS FERNANDO JOYA JOYA** **SUPERVISOR DEL CONTRATO**