

		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:	MARIA ALEJANDRA HERNANDEZ ACOSTA			CC:	1000577200
CORREO ELECTRÓNICO:	MARLEJA0812@GMAIL.COM			TELÉFONO:	3008526361
DIRECCIÓN DOMICILIO:	KR 26B 31 26			CIUDAD:	BOGOTA
BANCO AL CUAL CONSIGNAR:	BANCO DAVIVIENDA S.A.	TIPO DE CUENTA:	AHORROS	N° CUENTA:	488448344751
DATOS DEL CONTRATO O ADICION Y PERIODO OBJETO DE PAGO					
N° DEL CONTRATO:	PS 7860 2025	VALOR CORRESPONDIENTE AL PERIODO OBJETO DE COBRO		\$ 2.161.506	
FECHA DE INICIO CONTRATO	2025/11/01	FECHA DE TERMINACIÓN CONTRATO:		2026/02/28	
PERIODO OBJETO DE COBRO:	DEL 2026/02/01 AL 2026/02/28				
 MARIA ALEJANDRA HERNANDEZ ACOSTA PS_7860_2025_B0B8A9 NOMBRE Y FIRMA DEL CONTRATISTA: MARIA ALEJANDRA HERNANDEZ ACOSTA CC: 1000577200 CEL: 3008526361					

CELEBRADO ENTRE LA SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E Y
MARIA ALEJANDRA HERNANDEZ ACOSTA

CON C.C N° 1.000.577.200

OBJETO DEL CONTRATO:	PRESTAR SERVICIOS DE APOYO A LA GESTI?N COMO GESTOR INTERNO PARA DESARROLLAR ACTIVIDADES EN LA DIRECCION DE SERVICIOS DE URGENCIAS DE LA SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E, PARA EL DESARROLLO DEL CONVENIO APH
----------------------	---

CONTRATO DE PRESTACION DE SERVICIOS PROFESIONALES No.	PS 7860 2025	FECHA INICIO CONTRATO	2025/11/01
VALOR INICIAL DEL CONTRATO	\$ 2.161.506	No. HORAS EJECUTADAS	0
VALOR TOTAL DEL CONTRATO INCLUIDO ADICIONES:	\$ 8.646.298	VALOR DE HONORARIOS PERÍODO A CERTIFICAR:	\$ 2.161.506
PLAZO DEL CONTRATO INCLUYENDO PRORROGAS	CUATRO (4) MESES		

UNIDAD FUNCIONAL DE EJECUCIÓN DE ACTIVIDADES:	HOSPITAL SAN BLAS
NOMBRE DEL SUPERVISOR:	DANIEL ALEXANDER HUERTAS ROJAS

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	GESTIONE LA LIBERACIÓN DE CAMILLAS DEL PROGRAMA APH EN EL MARCO DEL CONVENIO, EN LA UNIDAD FUNCIONAL CON MAYOR RETENCIÓN.
2	APOYE LA TRASCRIPCIÓN DE LAS ACTIVIDADES GENERADAS EN EL APLICATIVO NETUX COMO RESULTADO DE LA ATENCIÓN DE PACIENTES EN EL APLICATIVO DINÁMICA GERENCIAL PARA LA FACTURACIÓN Y LA GESTIÓN DE INSUMOS
3	ASISTÍ A LAS REUNIONES Y CAPACITACIONES PROGRAMADAS DESDE LA DIRECCIÓN DEL CENTRO REGULADOR DE URGENCIAS Y EMERGENCIAS EN SALUD CRUE, ASÍ COMO LAS DE LA SISSCO EN EL MARCO DEL CONVENIO
4	DESARROLLÉ LAS DEMÁS ACTIVIDADES ASIGNADAS DE ACUERDO AL OBJETO DEL CONTRATO YA LAS NECESIDADES DEL SERVICIO, LAS CUALES PUEDEN SER DESEMPEÑADAS EN CUALQUIERA DE LAS UNIDADES DE LA SUBRED CENTRO ORIENTE

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° 9498032507	OPERADOR:	APORTES EN LINEA
CONCEPTO DEL PAGO	ENTIDAD	FECHA DE PAGO	VALOR PAGADO
SALUD:	COMPENSAR	2026/02/02	\$ 218.900
PENSIÓN:	PORVENIR	2026/02/02	\$ 280.200
RIESGOS LABORALES:	SURA	2026/02/02	\$ 0
OTRO			
TOTAL PAGADO			\$ 499.100

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 ningún caso el IBC sea menor a 1 SMMLV (de ser el primer pago adjunto certificaciones de afiliación a eps, arl, pensión, 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



MARIA ALEJANDRA HERNANDEZ ACOSTA

PS_7860_2025_B0B8A9

MARIA ALEJANDRA HERNANDEZ ACOSTA

CC: 1000577200

FIRMA DE QUIEN CONVALIDA EL CUMPLIMIENTO DE LAS OBLIGACIONES PARA EL PRESENTE PERIODO DE PAGO



DANIEL ALEXANDER HUERTAS ROJAS

PS_7860_2025_B0B8A9

DANIEL ALEXANDER HUERTAS ROJAS

SUPERVISOR DEL CONTRATO

Planilla Resumen

DATOS GENERALES DEL APORTANTE																																													
Identificación			dv	Razon Social					Clase Aportante					Sucursal Principal				Direccion			Ciudad-Departamento			Teléfono		Exonerado SENA e ICBF																			
CC 1000577200				HERNANDEZ ACOSTA MARIA ALEJANDRA					INDEPENDIENTE					PRINCIPAL				carrera 26b #31-26 sur			BOGOTA-BOGOTA D.E.			3008526361		No																			
DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION																																													
Periodo		Clave					Tipo		Fecha					Pago																															
Pensión		Salud		Pago			Planilla			Planilla		Limite		Pago			Banco			Dias Mora			Valor																						
2026-01		2026-01		25846638			9498032507			I		2026/02/03		2026/02/02			NEQUI			0			\$541,800																						
LIQUIDACION DETALLADA DE APORTES																																													
EMPLEADO			NOVEDADES															PENSION				SALUD				CCF				RIESGOS					PARAFISCALES										
No.	Identificación		Nombre		ing	ret	del	tae	tdp	tap	vsp	pcr	vst	sln	lge	lma	vac	avp	vct	lrr	vip	Codigo	Dias	IBC	Aporte	Codigo	Dias	IBC	Aporte	Codigo	Dias	IBC	Tarifa	Aporte	Dias	IBC	Aporte								
SUCURSAL: PRINCIPAL (1 Afiliados)																													\$1,750,905	\$280,200			\$1,750,905	\$218,900			\$0	\$0			\$1,750,905	\$42,700		\$0	
Centro de Trabajo: PRINCIPAL (1 Afiliados)																													\$1,750,905	\$280,200			\$1,750,905	\$218,900			\$0	\$0			\$1,750,905	\$42,700		\$0	
Ciudad: BOGOTA Depto: BOGOTA D.E. (1 Afiliados)																													\$1,750,905	\$280,200			\$1,750,905	\$218,900			\$0	\$0			\$1,750,905	\$42,700		\$0	
1	CC	1000577200	HERNANDEZ MARIA									X										230301	30	\$1,750,905	\$280,200	EPS008	30	\$1,750,905	\$218,900		0	\$0	\$0	14-11	30	\$1,750,905	2.436%	\$42,700	0	\$0					
Total Afiliados(1)																													\$1,750,905	\$280,200			\$1,750,905	\$218,900			\$0	\$0			\$1,750,905	\$42,700		\$0	

Planilla Resumen

RESUMEN DE PAGO								
RIESGO	CODIGO	NIT	DV	AFILIADOS	VALOR LIQUIDADO	INTERESES MORA	SALDOS E INCAPACIDADES	VALOR A PAGAR
AFP (ADMINISTRADORAS: 1)				1	\$280,200	\$0	\$0	\$280,200
PORVENIR	230301	800,224,808	8	1	\$280,200	\$0	\$0	\$280,200
ARL (ADMINISTRADORAS: 1)				1	\$42,700	\$0	\$0	\$42,700
ARL SURA	14-11	890,903,790	5	1	\$42,700	\$0	\$0	\$42,700
EPS (ADMINISTRADORAS: 1)				1	\$218,900	\$0	\$0	\$218,900
COMPENSAR	EPS008	860,066,942	7	1	\$218,900	\$0	\$0	\$218,900
TOTAL				1	\$541,800	\$0	\$0	\$541,800



PS 7860 2025 CUENTA DE COBRO
ENERO 2026.pdf

PS 7860 2025 CUENTA DE COBRO
ENERO 2026.pdf

Comprador

[Descargar](#)

[Detalle](#)

Borrar

Cargar nuevo