COMPROBANTE DE EGRESO
Número : 000000000628898

2025/24

Consecutivo :	000000000628898	Estado :	Confirmado
Fecha del Egreso :	17/12/2025 8:58:58 a. m.	Valor :	$ 1.528.544,00
Beneficiario	41697212 MARIA OLIVA ALARCON DE PEREZ		
Detalle :	Egreso Generado por la Dispersion 00000005182	*Numero Nota:*	00000005182
Valor en Letras	UN MILLON QUINIENTOS VEINTIOCHO MIL QUINIENTOS CUARENTA Y CUATRO PESOS CON CERO CTVS M/Cte.		

DATOS DEL PAGO EN CHEQUE

Banco	BANCO DAVIVIENDA S.A.				
Numero :		Consignar :	12/17/2025	Impuesto X Mil :	$ 0,00

DETALLE DEL MOVIMIENTO

CONCEPTO	TERCERO	CUENTA	DEBITO	CREDITO
BANCO DAVIVIENDA CTA DE AHORROS Nº 008400747591	41697212	111006001	$ 0,00	$ 1.528.544,00
DISPERSION DE FONDOS Egreso Generado por la Dispersion 00000005182	41697212	249058001	$ 1.528.544,00	$ 0,00

FACTURAS AFECTADAS

Factura	Valor	Factura	Valor	Factura	Valor
CUENTADECOBRE031	$ 1.528.544,00				

TESORERIA	DIRECCIÓN FINANCIERA	GERENTE	FIRMA Y SELLO DEL BENEFICIARIO

Elaboró. :65757131 MARGARITA ROSA LOZANO OSORIO

Usuario Id. :74379421

COMPROBANTE DE EGRESO
Número : 000000000628898

Ejecutivo : 000000000628898 Estado : Confirmado

Fecha del Egreso : 17/12/2025 8:58:58 a. m. Valor : $ 1.528.544,00

Beneficiario 41697212 MARIA OLIVA ALARCON DE PEREZ

Egreso Generado por la Dispersion 00000005182 *Numero Nota:* 00000005182

UN MILLON QUINIENTOS VEINTIOCHO MIL QUINIENTOS CUARENTA Y CUATRO PESOS CON CERO CTVS

Banco BANCO DAVIVIENDA S.A.

Numero : Consignar : 12/17/2025 Impuesto X Mil : $ 0,00

DETALLE DEL MOVIMIENTO

TERCERO	CUENTA	DEBITO	CREDITO
41697212	111006001	$ 0,00	$ 1.528.544,00
41697212	249058001	$ 1.528.544,00	$ 0,00

Egreso Generado por la Dispersion 00000005182

FACTURAS AFECTADAS

CANTIDAD	NOMBRE	VALOR ACUERDO	VALOR PAGADO 19 DE DICIEMBRE 2025	PENDIENTE POR PAGAR	Factura	Valor	Factura	Valor	Factura	Valor
1	AMBICOL SERVICE	$ 280.608.929	98.213.125	182.395.804,00						
2	HOSPICLINIC DE COLOMBIA	$ 3.899.848	1.364.947	2.534.901,00						
3	HOSPITECNICA	9.906.299,00	3.467.205	6.439.094,00						
4	INGENIERIA DE BOMBAS Y PLANTAS	$ 95.837.590	33.543.156	62.294.434,00						
5	IMQUIRURGICOS	$ 37.935.984	13.277.594	24.658.390,00						
6	LABORATORIO BAXTER	$ 38.501.011	13.475.354	25.025.657,00						
7	MYM ENERGY	291.717.925,00	102.101.274	189.616.651,00						
8	SMARTMETER	78.650.121,00	27.527.542	51.122.579,00						

CUENTA DE EGRESO $ 1.528.544,00

TESORERIA DIRECCIÓN FINANCIERA GERENTE FIRMA Y SELLO DEL BENEFICIARIO

Elaboró. :65757131 MARGARITA ROSA LOZANO OSORIO

Usuario Id. :74379421

SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E.

900959051

Fecha Actual : martes, 09 diciembre 2025

CUENTA POR PAGAR

Consecutivo:	615536	**Factura:**	CUENTADECOBRE031	**Estado:**	Confirmado
Tercero:	Nit 41697212		MARIA OLIVA ALARCON DE PEREZ		
Proveedor:	41697212 - MARIA OLIVA ALARCON DE PEREZ				
Fecha:	martes 9 de diciembre de 2025 09:03 a. m.	**Fecha Vencimiento:**	09/12/2025	**Plazo:**	0 Días
Cuenta:	249058001 - ARRENDAMIENTOS				
Cuenta NIIF:	249058001 - ARRENDAMIENTOS				
				Valor:	$ 1.528.544,00

Valor: UN MILLON QUINIENTOS VEINTIOCHO MIL QUINIENTOS CUARENTA Y CUATRO PESOS CON CERO CTVS M/Cte.

Observaciones: CTO 02 BS 035 2025 SERVICIO ARRENDAMIENTO CL 32A SUR 26 08 PARA ADECUAR LOS SERVICIOS DE SALUD PARTE DE CONTINGENCIA PARA LA CONSTRUCCION DEL NUEVO CAPS BRAVO PAEZ DICIEMBRE 2025 CAUSACION RETENCION IMPUESTOS

CONCEPTOS

Concepto		Tercero	Cuenta	Centro	Naturaleza	Valor
149	ARRENDAMIENTO DE INMUEBLES	41697212	589723051	7ADM02	Debito	$ 1.600.000,00
		Cuenta NIIF:	589723051			
	Porcentaje		Valor Base			
50	RETEFUENTE BIENES INMUEBLES	41697212	243606002		Credito	$ 56.000,00
		Cuenta NIIF:	243606002			
14	ARRENDAMIENTO DE BIENES INMUEBLES (NO DECLARANTES) Porcentaje	3,50	Valor Base	1.600.000,00		
65	RETE ICA RET. IMPTO ICA SERVICIOS	41697212	243627002		Credito	$ 15.456,00
		Cuenta NIIF:	243627002			
91	ICA POR PAGAR DE SERVICIOS Porcentaje	9,66	Valor Base	1.600.000,00		

CUOTAS

No. Cuota	Fecha Vencimiento	Valor
1	09/12/2025	$ 1.528.544,00
	Total Cuotas:	$ 1.528.544,00

Marina Cardozo C.
Cuentas por Pagar
SUBRED CENTRO ORIENTE ESE

ELABORO

REVISO

TESORERIA S.C.O. 10-12-25 5381 3/325

Bogotá 01 de diciembre de 2025

CUENTA DE COBRO No 031

SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E NIT:900.959.051-7

DEBE A:

MARIA OLIVA ALARCON DE PEREZ

C.C 41 697 212 DE BTA

LA SUMA TOTAL DE:

UN MILLON SEISCIENTOS MIL PESOS M/C (1.600.000)
(Cobro comprendido de 01 de diciembre del 2025 al 15 de diciembre del 2025)

POR CONCEPTO DE: 02-BS-0035-2025

CONTRATO DE ARRENDAMIENTO **# 02-BS-0035-2025** DEL BIEN INMUEBLE UBICADO EN LA CALLE 32ª SUR #26-08 PARA ADECUAR LOS SERVICIOS DE SALUD TRANSITORIOS COMO PARTE DEL PLAN DE CONTINGENCIA PARA LA CONSTRUCCION DEL NUEVO CAPS BRAVO PAEZ, DE LA SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E

FORMA DE PAGO: LA SUBRED CENTRO ORIENTE E.S.E PAGARA A EL CONTRATISTA EL VALOR DEL PRESENTE CONTRATO MENSUAL DENTRO DE LOS PRIMEROS CINCO (5) DIAS SIGUIENTES A LA PRESENTACION DE LA CUENTA DE COBRO DEBIDAMENTE LEGALIZADA

Martha Cardozo C.
Cuentas por Pagar
SUBRED Integrada Oriente SE
03 DIC 2025

Oliva Alarcon

ATENTAMENTE

MARIA OLIVA LARCON DE PEREZ

C.C 41 697 212 DE BTA

TEL: 320 886 43 92

Recibí
Eduardo Cortes
01-12-2025
Hora 2:30 pm

Secretaría de Salud
Subred Integrada de Servicios de Salud
Centro Oriente E.S.E.

SUBRE INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E
APOYO – GESTIÓN DE INSUMOS Y ABASTECIMIENTO
FORMATO CERTIFICACION DE CUMPLIMIENTO Y/O INFORME PARCIAL DE SUPERVISION

CÓDIGO: AP-IA-FT-010
VERSIÓN: 07
FECHA: 2023-12-07

CERTIFICACION No.	7	**INFORME PARCIAL:**	X	**Marque con una (X) según corresponda**
CONTRATO No.	02-BS-035-2025	**FECHA DEL INFORME : DD/MM/AAAA**	1/12/2025	

1. DATOS BASICOS DEL CONTRATO U ORDEN

Contratista:	MARIA OLIVA ALARCON DE PEREZ	**NIT O C.C**	**41.697.212**		
Representante Legal:	MARIA OLIVA ALARCON DE PEREZ	**Identificación Representante Legal**	**C.C: X** **C.E:**	41.697.212	
Objeto del Contrato u orden:	CONTRATAR EL ARRENDAMIENTO DEL BIEN INMUEBLE UBICADO EN LA CALLE 32 A SUR # 26 – 08 PARA ADECUAR LOS SERVICIOS DE SALUD TRANSITORIOS COMO PARTE DEL PLAN DE CONTINGENCIA PARA LA CONSTRUCCION DEL NUEVO CAPS BRAVO PAEZ, DE LA SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E.	**FORMA DE PAGO:**	Dentro de los primeros 5 dias siguientes a la presentación de la cuenta de cobro debidamente legalizada acompañada de la certificacion del supervisor del contrato.		

SEGUIMIENTO PRESUPUESTAL

			Valor Tope del Contrato (Maximo)**	**$ 38.400.000,00**	**Valor Inicial contrato:**	$ 9.600.000,00	**Plazo**	**Fecha de Inicio: DD/MM/AAAA**	**Fecha de Terminación: DD/MM/AAAA**	
Consecutivo CDP		**Fecha CDP DD/MM/AAAA**	**Registros Presupuestales**	**Consecutivo CRP**	**Fecha CRP DD/MM/AAAA**	**Adiciones/ Modificación**	**Valor Adiciones**	**Prórrogas**	**Fecha Inicial Prorrogas DD/MM/AAAA**	**Fecha de Terminacion Prorrogas: DD/MM/AAAA**
Disponibilidad Inicial	1540	16/05/2025	**Registro Inicial**	17205	30/05/2025					
Disponibilidades Números de Adiciones	2289	24/07/2025	**Registros Presupuestales de Adiciones**	23060	31/07/2025	**Adición 1:**	$ 9.600.000,00	**Prórroga 1:**	1/09/2025	30/11/2025
						Adición 2:	$ 1.600.000,00	**Prórroga 2:**	1/12/2025	15/12/2025
						Adición 3:		**Prórroga 3:**		
						Adición 4:		**Prórroga 4:**		
						Valor Total:	**$ 20.800.000,00**	**Fecha Terminacion actual:**		30/11/2025
Nombre(s) Rubro(s) presupuestal	**ARRENDAMIENTOS**		**Código(S) Rubro(S)**	42120202000701	**Validacion Tope Máximo del Contrato**	**Adicionar**				

2. AVANCE DE EJECUCION DEL CONTRATO U ORDEN

INFORMACION DE ACTIVIDADES

No. INFORME CERTIFICACION	**ACTIVIDADES DESARROLLADAS EN ESTE PERIODO**	**CENTRO DE COSTO**	**ASPECTOS RELEVANTES EN ESTE PERIODO**				
7	CONTRATAR EL ARRENDAMIENTO DEL BIEN INMUEBLE UBICADO EN LA CALLE 32 A SUR # 26 – 08 PARA ADECUAR LOS SERVICIOS DE SALUD TRANSITORIOS COMO PARTE DEL PLAN DE CONTINGENCIA PARA LA CONSTRUCCION DEL NUEVO CAPS BRAVO PAEZ, DE LA SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E.	7ADM02	**Oportunidad de entrega**	**SI: X** **N/A** **NO:**	**Cumplimiento de documentación tramitada o presentada**	**SI: X**	**NO:**
			Respuesta de imprevistos y Emergencias	**SI: X** **N/A** **NO:**	**Cumplimiento calidad de la prestación**	**SI: X**	**NO:**

**** DE ACUERDO AL MANUAL DE CONTRATACION RESOLUCIÓN 152 DEL 18 DE MARZO DE 2019 , LOS CONTRATOS QUE CELEBRE LA SUBRED, SE PODRAN ADICIONAR HASTA TRES(3) VECES EL VALOR INICIAL; SIEMPRE Y CUANDO EXISTA UNA JUSTIFICACIÓN DEL CONTRATO, QUE SOPORTE LA ADICIÓN Y LAS CONDICIONES DEL MISMO LO PERMITAN.**

3. INFORMACION DE FACTURA O CUENTAS

No.	**No. FACTURA, CUENTA DE COBRO, NOTA CREDITO O NOTA DEBITO - Ver Fila 39 del Instructivo**	**FECHA DE FACTURA, CUENTA COBRO, NOTA CREDITO O NOTA DEBITO:**	**PERIODO FACTURADO**	**VALOR FACTURA INCLUIDO IVA O CUENTA DE COBRO CERTIFICADO - Ver Fila 43 en Instructivo**	**ACUMULADO EJECUTADO**	**SALDO**	**% EJECUCION**	**OBSERVACIONES**
1	025	6/06/2025	JUNIO DE 2025	**$ 3.200.000**	$ 3.200.000	$ 6.400.000	33,33%	
2	026	1/07/2025	JULIO DE 2025	**$ 3.200.000**	$ 6.400.000	$ 3.200.000	66,67%	
3	027	1/08/2025	AGOSTO DE 2025	**$ 3.200.000**	$ 9.600.000	$ 9.600.000	50,00%	
4	028	2/09/2025	SEPTIEMBRE DE 2025	**$ 3.200.000**	$ 12.800.000	$ 8.000.000	66,67%	
5	029	1/10/2025	OCTUBRE DE 2025	**$ 3.200.000**	$ 16.000.000	$ 4.800.000	83,33%	
6	030	4/11/2025	NOVIEMBRE DE 2025	**$ 3.200.000**	$ 19.200.000	$ 1.600.000	100,00%	
7	031	1/12/2025	DICIEMBRE DE 2025	**$ 1.600.000**	$ 20.800.000	$ 0	100,00%	
TOTAL				**$ 20.800.000**	**$ 20.800.000**	**$ 0**	**100,00%**	

COMO SUPERVISOR DEL CONTRATO

CERTIFICO

QUE EL ARRENDADOR CUMPLIO CON EL OBJETO DEL CONTRATO POR EL PERIODO COMPRENDIDO DEL 01 AL 15 DE DICIEMBRE DE 2025. DE OTRA PARTE, SE ENCUENTRA AL DIA CON EL PAGO DE LOS APORTES A SALUD Y PENSION

Secretaría de Salud Subred Integrada de Servicios de Salud Centro Oriente E.S.E.	SUBRE INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E APOYO – GESTIÓN DE INSUMOS Y ABASTECIMIENTO FORMATO CERTIFICACION DE CUMPLIMIENTO Y/O INFORME PARCIAL DE SUPERVISION	CODIGO: AP-IA-FT-010 VERSIÓN: 07 FECHA: 2023-12-07

EJECUCION DEL CONTRATO		
CONCEPTO	VALOR EN LETRAS	VALOR EN NUMEROS
Valor ejecutado	VEINTE MILLONES OCHOCIENTOS MIL PESOS MCTE	$ 20.800.000,00
Saldo por ejecutar	CERO PESOS	$ -
Valor total certificado (Acumulado)	VEINTE MILLONES OCHOCIENTOS MIL PESOS MCTE	$ 20.800.000,00

No. FACTURA (s) A PAGAR DEL PERIODO CERTIFICADO	FECHA DE EMISION DE LA FACTURA O CUENTA DE COBRO DEL PERIODO CERTIFICADO: DD/MM/AAAA
031	1/12/2025
VALOR A PAGAR: LA FACTURA, CUENTA DE COBRO, NOTA CREDITO O NOTA DEBITO DEL PERIODO CERTIFICADO	$ 1.600.000,00
OBSERVACIONES DEL SUPERVISOR FRENTE A LA EJECUCIÓN DEL CONTRATO:	QUE EL ARRENDADOR CUMPLIO CON EL OBJETO DEL CONTRATO POR EL PERIODO COMPRENDIDO DEL 01 AL 15 DE DICIEMBRE DE 2025. DE OTRA PARTE, SE ENCUENTRA AL DIA CON EL PAGO DE LOS APORTES A SALUD Y PENSION
ANEXOS: ORIGINAL CUENTA DE COBRO, PAGO PARAFISCALES.	

FIRMA SUPERVISOR CONTRATO	
NOMBRE Y APELLIDOS	JUAN CARLOS PERILLA MONROY
C.C. No.	79.445.[illegible]
CARGO/PERFIL	PROFESIONAL UNIVERSITARIO
AREA DE UBICACION	DIRECCION ADMINISTRATIVA - CUENTA DECOBRO No 028 CTO 02-HS-0035-2025
Correo Electronico:	contratosadministrativa@subredcentrooriente.gov.co
NOMBRE Y APELLIDOS DE QUIEN ELABORA	JUAN CARLOS PERILLA MONROY
AREA DE UBICACION	DIRECCION ADMINISTRATIVA - CUENTA DECOBRO No 028 CTO 02-HS-0035-2025
Correo Electronico:	contratosadministrativa@subredcentrooriente.gov.co

Simple

PAGOSIMPLE | AUTOLIQUIDACION CONSOLIDADA

Fecha creación reporte: 2025-12-01, 04:41:09 AM **Tipo Planilla:** I: PLANILLA INDEPENDIENTES **Numéro Planilla:** 1076805450

Periodo Cotización: noviembre de 2025 **Periodo Servicio:** noviembre de 2025 **Referencia pago (PIN):** 8823201314

PAGADO 29/11/2025 EN HORARIO EXTENDIDO

I. DATOS DEL APORTANTE

Razón Social	MARIA OLIVA ALARCON DE PEREZ		
Documento	CC41697212	**Dirección**	CL 32A SUR #26 - 08
Tipo de Empresa	INDEPENDIENTE	**Teléfono**	3208864392
Tipo Persona	NATURAL	**Forma Presentación**	UNICO
Ciudad	BOGOTA D.C.	**Departamento**	BOGOTA D.C.
Representante Legal		**Identificación**	
Total Afiliados	1	**ARP**	NINGUNA ARP

II. DETALLE DEL APORTANTE

Datos del Afiliado				Novedades																		Pensiones			Salud			Riesgos			Cajas			Parafiscales				Total
Identificación	Apellidos y Nombres	Tipo Cotizante	Subtipo Cotizante	IRP	IGE	RET P.	TDE	TAE	TDP	TAP	VSP	CPNR	VST	SLN	IGE	LMA	VAC	AVP	VCT	IRL	Días AFP	Días EPS	Días ARP	Días CCF	Administradora	IBC Pensión	Aporte Pensión	Administradora	IBC Salud	Aporte Salud	Tarifa	IBC Riesgos	Aporte Riesgos	Administradora	IBC Caja	Aporte Caja	Aporte SENA	Aporte ICBF	ESAP	Aporte Ministerio	Total
CC 41697212	MARIA OLIVA ALARCON DE PEREZ	03	03																	0	0	30	0	0	(NIN-AF) NINGUNA AFP	$ 0	$ 0	(EPS037) NUEVA EPS S.A.	$ 1.423.500	$ 178.000	0,000	$ 0	$ 0	(NIN-CC) NINGUNA CCF	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 178.000

III.TOTALES

IBC Pensión	IBC Salud	IBC Riesgos	IBC Cajas	Aportes Pensión	Aportes Salud	Aportes Riesgos	Aportes Cajas	Aportes Sena	Aportes ICBF	Aportes ESAP	Aportes Min Educacion	Incapacidades, Licencias, Saldos a Favor EPS	Incapacidades ARP	SUBTOTAL SIN INTERESES DE MORA	TOTAL INTERESES DE MORA	TOTAL FINAL
$ 0	$ 1.423.500	$ 0	$ 0	$ 0	$ 178.000	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 178.000	$ 0	$ 178.000

Líneas de Servicio FonoSIMPLE: Bogotá 601 4446634 - Cali: 602 5540577 - Medellín: 604 5146689 - Bucaramanga: 607 6438000 - Cartagena: 605 6945444 - Pereira: 606 3402582 - Barranquilla: 605 3618850 - Resto del País: 018000 971 971 - ¡Más que Fácil, SIMPLE!

¡El Poder de lo SIMPLE!

Antes de imprimir, asegúrese que sea realmente necesario. Proteger el medio ambiente está en nuestras manos.