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: (31-03-2026)					
NOMBRES Y APELLIDOS:	**CARMEN JULIETH CONTRERAS BENAVIDES**			**CC:**	**1073677794**
CORREO ELECTRÓNICO:	**CONTRERAS2207@GMAIL.COM**			**TELÉFONO:**	**3506428976**
DIRECCIÓN DOMICILIO:	**DG 63C SUR 73 62**			**CIUDAD:**	**BOGOTA**
BANCO AL CUAL CONSIGNAR:	**BANCOLOMBIA**	**TIPO DE CUENTA:**	**AHORROS**	**N° CUENTA:**	**91220931426**
DATOS DEL CONTRATO O ADICION Y PERIODO OBJETO DE PAGO					
Nº DEL CONTRATO:	**PS 2074 2026**	**VALOR CORRESPONDIENTE AL PERIODO OBJETO DE COBRO**			**$ 1.935.450**
FECHA DE INICIO CONTRATO	**2026/02/01**	**FECHA DE TERMINACIÓN CONTRATO:**			**2026/05/31**
PERIODO OBJETO DE COBRO:	**DEL 2026/03/01 AL 2026/03/31**				

CARMEN JULIETH CONTRERAS BENAVIDES
PS_2074_2026_BC0FD8

NOMBRE Y FIRMA DEL CONTRATISTA:
CARMEN JULIETH CONTRERAS BENAVIDES
CC: 1073677794
CEL: 3506428976

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

CARMEN JULIETH CONTRERAS BENAVIDES

CON C.C N°	**1.073.677.794**
OBJETO DEL CONTRATO:	PRESTAR SERVICIOS COMO AUXILIAR DE ENFERMERIA PARA DESARROLLAR ACTIVIDADES EN LA DIRECCION DE SERVICIOS AMBULATORIOS DE LA SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E.

CONTRATO DE PRESTACION DE SERVICIOS PROFESIONALES No.	**PS 2074 2026**	**FECHA INICIO CONTRATO**	**2026/02/01**
VALOR INICIAL DEL CONTRATO	$ 9.411.600	**No. HORAS EJECUTADAS**	**153**
VALOR TOTAL DEL CONTRATO INCLUIDO ADICIONES:	$ 9.411.600	**VALOR DE HONORARIOS PERÍODO A CERTIFICAR:**	$ 1.935.450
PLAZO DEL CONTRATO INCLUYENDO PRORROGAS	CUATRO (4) MESES		
UNIDAD FUNCIONAL DE EJECUCIÓN DE ACTIVIDADES:	CENTRO DE SALUD PERSEVERANCIA		
NOMBRE DEL SUPERVISOR:	CLAUDIA MARCELA MELO PASTRAN		

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	AUXILIAR DE CONSULTA EXTERNA
2	SEGUIMIENTO A COHORTE DE CRONICOS
3	LAVADO DE PINZAS
4	ASIGNACION DE CITAS
5	APOYO LABORATORIO DIAS LUNES MIERCOLES VIERNES
6	LLAMADO Y AISGNACION DE CITAS CRONICOS DIAS VIERNES MEDICINA GENERAL
7	LAVADO DE MANOS

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 (2026-03-01) AL (2026-03-31)

IV. INFORMACIÓN DE APORTES A SEGURIDAD SOCIAL

No. DE PLANILLA:	N° 83696913	OPERADOR:	ENLACE OPERATIVO
CONCEPTO DEL PAGO	ENTIDAD	FECHA DE PAGO	VALOR PAGADO
SALUD:	SANITAS	2026/03/12	$ 218.900
PENSIÓN:	PROTECCION	2026/03/12	$ 280.200
RIESGOS LABORALES:	SURA	2026/03/12	$ 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	*CARMEN JULIETH CONTRERAS BENAVIDES* *PS_2074_2026_BC0FD8* **CARMEN JULIETH CONTRERAS BENAVIDES** **CC: 1073677794**
FIRMA DE QUIEN CONVALIDA EL CUMPLIMIENTO DE LAS OBLIGACIONES PARA EL PRESENTE PERIODO DE PAGO	*CLAUDIA MARCELA MELO PASTRAN* *PS_2074_2026_BC0FD8* **CLAUDIA MARCELA MELO PASTRAN** **SUPERVISOR DEL CONTRATO**

SuAporte | REPORTE INDIVIDUAL

Fecha de creación reporte 2026-03-12, 08:45:31 a.m. **Tipo Planilla** I **Numero Planilla** 83696913

Periodo Cotizacion 202602 **Periodo Servicio** 202602

PAGADA 2026-03-12 08:45:31.0

I. DATOS DEL APORTANTE

Razón Social	CARMEN JULIETH CONTRERAS BENAVIDES				
Documento	CC 1073677794	**Dirección**	Cra 99c 55 03		
Tipo de Empresa	INDEPENDIENTE	**Teléfono**	3196757574		
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 1073677794		**Residente**		**Exonerado**	S	**Apellidos y Nombres**	Codigo Ciudad - Departamento	Centro de Trabajo	**Ubicación Laboral**
Tipo Cotizante	01	04					CONTRERAS BENAVIDES CARMEN JULIETH	11001000 - 11		BOGOTA D.C.

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

Novedades																					Extranjero	Tipo salario	Salario	Pension							Salud						Riesgos					Caja				Parafiscales			
ING	RET	TDE	TAE	TDP	TAP	VSP	COR	VST	SLN	IGE	LMA	VAC	AVP	VCT	IRP	Dias AFP	Dias EPS	Dias ARL	Dias CCF				Codigo AFP	Codigo Tras. AFP	Tarifa AFP	IBC	Total Aporte AFP	Total Aporte FSP	Total Aporte FSPS	Codigo EPS	Codigo Tras. EPS	Tarifa EPS	IBC EPS	Aporte Salud	Aporte UPC	Codigo ARL	Clase Riesgo	Tarifa ARL	IBC ARL	Aporte Riesgos	Codigo CCF	Tarifa CCF	IBC CCF	Aporte Caja	Tarifa SENA	Aporte SENA	Tarifa ICBF	Aporte ICBF
															0	30	30	30	0		F	$1.750.905	230201		16%	$1.750.905	$280.200	$ 0	$ 0	EPS005		12,5%	$1.750.905	$218.900	$ 0	14-11	3	2,44%	$1.750.905	$42.700	NIN CCF	0%	$0	$0	0%	$0	0%	$0

IV.TOTALES

Total Aportes Pension	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
PROTECCION	FSP SOLIDARIDAD	FSP SUBSISTENCIA	EPS SANITAS	ARL SURA	NIN CCF	SENA	ICBF	ESAP	MEN	
$280.200	$ 0	$ 0	$218.900	$42.700	$0	$0	$0	$0	$0	$541.800

Enlace Operativo, Línea Expertos en PILA: Barranquilla: 385 24 44 - Bogotá: 485 4485 - Bucaramanga: 697 87 27 - Cali: 485 9444 - Cartagena: 693 77 27 - Pereira: 340 13 27 - Manizales: 892 80 27 - Medellín: 604 2727 - Desde otras ciudades: 018000 51 99 77.