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: (30-04-2026)					
NOMBRES Y APELLIDOS:	**YENNI KAROL GAITAN ALARCON**			**CC:**	**1070952364**
CORREO ELECTRÓNICO:	**KAROLGAITANALARCON@GMAIL.COM**			**TELÉFONO:**	**3115965324**
DIRECCIÓN DOMICILIO:	**KR 10 7 29**			**CIUDAD:**	**BOGOTA**
BANCO AL CUAL CONSIGNAR:	**NU**	**TIPO DE CUENTA:**	**AHORROS**	**N° CUENTA:**	**14526076**
DATOS DEL CONTRATO O ADICION Y PERIODO OBJETO DE PAGO					
Nº DEL CONTRATO:	**PS 3228 2026**	**VALOR CORRESPONDIENTE AL PERIODO OBJETO DE COBRO**			**$ 6.127.200**
FECHA DE INICIO CONTRATO	**2026/02/16**	**FECHA DE TERMINACIÓN CONTRATO:**			**2026/05/31**
PERIODO OBJETO DE COBRO:	**DEL 2026/04/01 AL 2026/04/30**				

YENNI KAROL GAITAN ALARCON
PS_3228_2026_552B7C

NOMBRE Y FIRMA DEL CONTRATISTA:
YENNI KAROL GAITAN ALARCON
CC: 1070952364
CEL: 3115965324

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			
YENNI KAROL GAITAN ALARCON			
	CON C.C N°	**1.070.952.364**	
OBJETO DEL CONTRATO:	PRESTAR SERVICIOS PROFESIONALES ESPECIALIZADOS EN ENFERMERIA PARA DESARROLLAR ACTIVIDADES EN EL PLAN DE SALUD PUBLICA DE INTERVENCIONES COLECTIVAS DE LA SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E		
CONTRATO DE PRESTACION DE SERVICIOS PROFESIONALES No.	**PS 3228 2026**	**FECHA INICIO CONTRATO**	**2026/02/16**
VALOR INICIAL DEL CONTRATO	$ 22.057.920	**No. HORAS EJECUTADAS**	**184**
VALOR TOTAL DEL CONTRATO INCLUIDO ADICIONES:	$ 22.057.920	**VALOR DE HONORARIOS PERÍODO A CERTIFICAR:**	$ 6.127.200
PLAZO DEL CONTRATO INCLUYENDO PRORROGAS	TRES (3) MESES Y DIECIOCHO (18) DIAS		
UNIDAD FUNCIONAL DE EJECUCIÓN DE ACTIVIDADES:	CENTRO DE SALUD BELLO HORIZONTE		
NOMBRE DEL SUPERVISOR:	MARIA CRISTINA DUARTE GARZON		

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	1. Se realiza prescrita de los productos entregados por los profesionales operativos con el fin de garantizar oportunidad y calidad. (muestra del 60%). ruta donde se encuentran los soportes: https://saludcapitalgovco-my.sharepoint.com/:f:/r/personal/redsivigila_saludcapital_gov_co/Documents/PROYECTO_SMRP/GESTION_INFORMACION/3_PREAUDITORIAS?csf=1&web=1&e=eOc3QG
2	2. se presenta cronograma de actividades desarrolladas en el mes de abril: soportes. https://saludcapitalgovco-my.sharepoint.com/:f:/r/personal/redsivigila_saludcapital_gov_co/Documents/PROYECTO_SMRP/GESTION_INFORMACION/4_GESTION_DOCUMENTAL/CRONOGRAMA_MENSUAL?csf=1&web=1&e=7zr6Py
3	3. Se entregan productos de gestión de la información del mes de abril en el drive dispuesto por el equipo SMRP-VSP. SOPORTE: https://saludcapitalgovco-my.sharepoint.com/:f:/r/personal/redsivigila_saludcapital_gov_co/Documents/PROYECTO_SMRP/GESTION_INFORMACION?csf=1&web=1&e=YYcu4w
4	4. Se generan soportes con calidad y oportunidad, desde gestión de la información, como acta de reunión de equipo, socialización de resultados de los erguimientos del mes de abril , entre otros. soportes: https://saludcapitalgovco-my.sharepoint.com/:f:/r/personal/redsivigila_saludcapital_gov_co/Documents/PROYECTO_SMRP/GESTION_INFORMACION?csf=1&web=1&e=YYcu4w

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 (2026-04-01) AL (2026-04-30)

IV. INFORMACIÓN DE APORTES A SEGURIDAD SOCIAL

No. DE PLANILLA:	N° 9502975829	OPERADOR:	APORTES EN LINEA

CONCEPTO DEL PAGO	ENTIDAD	FECHA DE PAGO	VALOR PAGADO
SALUD:	COMPENSAR	2026/04/13	$ 306.400
PENSIÓN:	PROTECCION	2026/04/13	$ 392.200
RIESGOS LABORALES:	POSITIVA	2026/04/13	$ 59.800
OTRO			
TOTAL PAGADO			$ 758.400

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	*YENNI KAROL GAITAN ALARCON* *PS_3228_2026_552B7C* **YENNI KAROL GAITAN ALARCON** **CC: 1070952364**
FIRMA DE QUIEN CONVALIDA EL CUMPLIMIENTO DE LAS OBLIGACIONES PARA EL PRESENTE PERIODO DE PAGO	*MARIA CRISTINA DUARTE GARZON* *PS_3228_2026_552B7C* **MARIA CRISTINA DUARTE GARZON** **SUPERVISOR DEL CONTRATO**

aportes en línea

Resumen General de Pago

DATOS GENERALES DEL APORTANTE

Identificación	dv	Razon Social	Clase Aportante	Sucursal Principal	Direccion	Ciudad-Departamento	Teléfono	Exonerado SENA e ICBF
CC 1070952364		GAITAN ALARCON YENNI KAROL	INDEPENDIENTE	PRINCIPAL	carrera 10 #07-29	FACATATIVA-CUNDINAMARCA	7577111	Si

DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION

Periodo		Clave		Tipo	Fecha		Pago		
Pensión	Salud	Pago	Planilla	Planilla	Limite	Pago	Banco	Dias Mora	Valor
2026-03	2026-03	214017227	9502975829	I	2026/04/17	2026/04/13	NU	0	$758,400

LIQUIDACION DETALLADA DE APORTES

EMPLEADO					PENSION		SALUD				CCF				RIESGOS				PARAFISCALES		
No.	Identificación	Nombres	Codigo	Días	IBC	Aporte	Codigo	Días	IBC	Aporte	Codigo	Días	IBC	Aporte	Codigo	Días	IBC	Aporte	Días	IBC	Aporte
Sucursal: PRINCIPAL (1 Afiliados)					$2,450,880	$392,200			$2,450,880	$306,400			$0	$0			$2,450,880	$59,800		$0	$0
Centro de Trabajo: PRINCIPAL (1 Afiliados)					$2,450,880	$392,200			$2,450,880	$306,400			$0	$0			$2,450,880	$59,800		$0	$0
Ciudad: FACATATIVA Depto: CUNDINAMARCA (1 Afiliados)					$2,450,880	$392,200			$2,450,880	$306,400			$0	$0			$2,450,880	$59,800		$0	$0
1	CC	1070952364	GAITAN YENNI	230201	30	$2,450,880	$392,200	EPS008	30	$2,450,880	$306,400		0	$0	$0	14-23	30	$2,450,880	$59,800	0	$0	$0
Total		**Afiliados(1)**				$2,450,880	$392,200			$2,450,880	$306,400			$0	$0			$2,450,880	$59,800		$0	$0

aportes en línea

Resumen General de Pago

DATOS GENERALES DEL APORTANTE

Identificación	dv	Razon Social	Clase Aportante	Sucursal Principal	Direccion	Ciudad-Departamento	Teléfono	Exonerado SENA e ICBF
CC 1070952364		GAITAN ALARCON YENNI KAROL	INDEPENDIENTE	PRINCIPAL	carrera 10 #07-29	FACATATIVA-CUNDINAMARCA	7577111	Si

DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION

Periodo		Clave		Tipo	Fecha		Pago		
Pensión	Salud	Pago	Planilla	Planilla	Limite	Pago	Banco	Dias Mora	Valor
2026-03	2026-03	214017227	9502975829	I	2026/04/17	2026/04/13	NU	0	$758,400

RESUMEN DE PAGO

RIESGO	CODIGO	NIT	DV	AFILIADOS	VALOR LIQUIDADO	INTERESES MORA	SALDOS E INCAPACIDADES	VALOR A PAGAR
AFP (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$392,200	$0	$0	$392,200
PROTECCION	230201	800,229,739	0	1	$392,200	$0	$0	$392,200
ARL (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$59,800	$0	$0	$59,800
POSITIVA COMPAÑIA DE SEGUROS	14-23	860,011,153	6	1	$59,800	$0	$0	$59,800
EPS (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$306,400	$0	$0	$306,400
COMPENSAR	EPS008	860,066,942	7	1	$306,400	$0	$0	$306,400
TOTAL				1	$758,400	$0	$0	$758,400

¡Listo! Hiciste tu pago

10 abr 2026, 20:25

Pago en:

APORTES EN LINEA

Descripción:

Pago de la Planilla de aportes con clave:
9502975829

La cantidad de:

$758.400,00

Impuesto del 4X1.000 de:

$0,00

Impuesto IVA:

$0,00

Fecha de transacción:

10/04/2026

CUS:

214017227

Número de referencia 1:

186.81.58.117

Número de referencia 2:

CC

Número de referencia 3:

1070952364

Número de la factura:

9502975829

Esta transacción se hizo a través de PSE

1 Información general
2 Condiciones
3 Bienes y servicios
4 Documentos del Proveedor
5 Documentos del contrato
6 Información presupuestal
7 Ejecución del Contrato
8 Modificaciones del Contrato
9 Incumplimientos

Cancelar

< Evaluación de la Entidad Estatal >

VER CONTRATO

Ejecución del Contrato

○ Porcentaje ○ Recepción de artículos

Plan de Pagos

¿Se requieren emisiones de códigos de autorización? ○ Sí • No

Id de pago	Número de factura	Fecha de emisión	Fecha de recepción	Valor total de la factura	Estado

No existen resultados que cumplan con los criterios de búsqueda especificados

Crear

Documentos de ejecución del contrato

	Descripción	Nombre del archivo	Cargado por		
☐	PS 3228 2026 CUENTA DE COBRO FEBRERO 2026.pdf	PS 3228 2026 CUENTA DE COBRO FEBRERO 2026.pdf	Proveedor	Descargar	Detalle
☐	1 PS 3228 2026 CRP -11926.pdf	1 PS 3228 2026 CRP -11926.pdf	Comprador	Descargar	Detalle
☐	PS 3228 2026 CUENTA DE COBRO MARZO 2026.pdf	PS 3228 2026 CUENTA DE COBRO MARZO 2026.pdf	Proveedor	Descargar	Detalle

Borrar Cargar nuevo

Cancelar

< Evaluación de la Entidad Estatal >