900959051

Fecha Actual : jueves, 19 febrero 2026

COMPROBANTE DE EGRESO

Número : 000000000639324

037/26

Consecutivo : 000000000639324 Estado : Confirmado

Fecha del Egreso : 19/02/2026 3:32:06 p. m. Valor : $ 3.057.088,00

Beneficiario 41697212 MARIA OLIVA ALARCON DE PEREZ

Detalle : Egreso Generado por la Dispersion 00000005346 *Numero Nota:* 00000005346

Valor en Letras TRES MILLONES CINCUENTA Y SIETE MIL OCHENTA Y OCHO PESOS CON CERO CTVS M/Cte.

DATOS DEL PAGO EN CHEQUE

Banco BANCO DAVIVIENDA S.A.

Numero : Consignar : 02/19/2026 Impuesto X Mil : $ 0,00

DETALLE DEL MOVIMIENTO

CONCEPTO	TERCERO	CUENTA	DEBITO	CREDITO
BANCO DAVIVIENDA CTA DE AHORROS Nº 008400747591	41697212	111006001	$ 0,00	$ 3.057.088,00
DISPERSION DE FONDOS Egreso Generado por la Dispersion 00000005346	41697212	249058001	$ 3.057.088,00	$ 0,00

FACTURAS AFECTADAS

Factura	Valor	Factura	Valor	Factura	Valor
CUENTADECOBRO035	$ 3.057.088,00				

TESORERIA DIRECCIÓN FINANCIERA GERENTE FIRMA Y SELLO DEL BENEFICIARIO

Elaboró. :65757131 MARGARITA ROSA LOZANO OSORIO

Usuario Id. :65757131

Nombre reporte : TSRPComprobanteEgresoCheque

SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E.
900959051

Fecha Actual : miércoles, 11 febrero 2026

CUENTA POR PAGAR

Consecutivo: 625461 **Factura:** CUENTADECOBRO035 **Estado:** Confirmado
Tercero: Nit 41697212 MARIA OLIVA ALARCON DE PEREZ
Proveedor: 41697212 - MARIA OLIVA ALARCON DE PEREZ
Fecha: miércoles 11 de febrero de 2026 11:10 a. m. **Fecha Vencimiento:** 11/02/2026 **Plazo:** 0 Días
Cuenta: 249058001 - ARRENDAMIENTOS
Cuenta NIIF: 249058001 - ARRENDAMIENTOS
Valor: $ 3.057.088,00

Valor: TRES MILLONES CINCUENTA Y SIETE MIL OCHENTA Y OCHO 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 PERIODO FEBRERO 2026 CAUSACION RETENCION IMPUESTOS

CONCEPTOS

Concepto			Tercero	Cuenta	Centro	Naturaleza	Valor
149	ARRENDAMIENTO DE INMUEBLES		41697212	589723051	7ADM02	Debito	$ 3.200.000,00
			Cuenta NIIF:	589723051			
		Porcentaje		Valor Base			
50	RETEFUENTE BIENES INMUEBLES		41697212	243606002		Credito	$ 112.000,00
			Cuenta NIIF:	243606002			
14	ARRENDAMIENTO DE BIENES INMUEBLES (NO DECLARANTES)	Porcentaje	3,50	Valor Base	3.200.000,00		
65	RETE ICA RET. IMPTO ICA SERVICIOS		41697212	243627002		Credito	$ 30.912,00
			Cuenta NIIF:	243627002			
91	ICA POR PAGAR DE SERVICIOS	Porcentaje	9,66	Valor Base	3.200.000,00		

CUOTAS

No. Cuota	Fecha Vencimiento	Valor
1	11/02/2026	$ 3.057.088,00
	Total Cuotas:	$ 3.057.088,00

Martha Cardoza C.
Cuentas por Pagar
SUBRED CENTRO ORIENTE ESE

ELABORO **REVISO**

06 11231126

Nombre reporte : PGRPCxP Usuario: 38233377
LICENCIADO A: [SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E.] NIT [900959051-7]

TESORERIA S.C.O.
13 02-26

Bogotá 05 de febrero de 2026

CUENTA DE COBRO No 035

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:

TRES MILLONES DOSCIENTOS MIL PESOS M/C (3.200.000)
(Cobro comprendido de 01 de febrero del 2026 al 28 de febrero del 2026)

POR CONCEPTO DE: 02-BS-0035-2026

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

ATENTAMENTE

MARIA OLIVA LARCON DE PEREZ Oliva Alarcón

C.C 41 697 212 DE BTA

TEL: 320 886 43 92

Martha Cardoza C.
Cuentas por Pagar
SUBRED CENTRO ORIENTE ESE
11 FEB 2026

Recibí
Fecha: 05/02/2026
Hr: 2:15 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 – GESTION DE INSUMOS Y ABASTECIMIENTO
FORMATO CERTIFICACION DE CUMPLIMIENTO Y/O INFORME PARCIAL DE SUPERVISION

CÓDIGO: AP-IA-FT-010
VERSIÓN: 08

CERTIFICACION No.	11	**INFORME PARCIAL**	N	**Marque con una (X) segun corresponda**
CONTRATO No.	**02-BS-035-2025**	**FECHA DEL INFORME DD/MM/AAAA**	11/02/2026	

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								**Fecha de Inicio: DD/MM/AAAA**	**Fecha de Terminacion: DD/MM/AAAA**	
APLICA CESION DE PAGOS					**SI**			**NO**	**X**	
			Valor Tope del Contrato (Maximo)**	**$ 38.400.000,00**	**Valor Inicial contrato:**	$ 9.600.000,00	**Plazo**	12/6/2025	31/08/2025	
Consecutivo CDP		**Fecha CDP DD/MM/AAAA**	**Registros Presupuestales**	**Consecutivo CRP**	**Fecha CRP DD/MM/AAAA**	**Adiciones/ Modificacion**	**Valor Adiciones**	**Prorrogas**	**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 Numeros de Adiciones	2239	24/07/2025	Registros Presupuestales de Adiciones	23860	31/07/2025	**Adicion 1:**	$ 9.600.000,00	**Prorroga 1:**	1/09/2025	30/11/3025
	3284	27/11/2025		37451	28/11/2025	**Adicion 2:**	$ 1.600.000,00	**Prorroga 2:**	1/12/2025	15/12/2025
	3464	11/12/2025		38418	15/12/2025	**Adicion 3:**	$ 1.600.000,00	**Prorroga 3:**	16/12/2025	15/01/2026
	37085	26/12/2025		39654	30/12/2025	**Adicion 4:**	$ 1.600.000,00	**Prorroga 4:**	16/01/2026	31/01/2026
	233	27/01/2026		4368	31/01/2026	**Adicion 5:**	$ 1.600.000,00	**Prorroga 5:**	1/02/2026	31/03/2026
						Adicion 6:	$ 6.400.000,00			
						Valor Total:	**$ 32.000.000,00**	**Fecha Terminacion actual**		31/03/2026
Nombre(s) Rubro(s) presupuestal	**ARRENDAMIENTOS**			**Codigo(S) Rubro(S)**	42120202000701	**Validacion Tope Maximo 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**				
11	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 documentacion tramitada o presentada**	**SI: X**	**NO:**
			Respuesta de imprevistos y Emergencias	**SI: X** **N/A** **NO:**	**Cumplimiento calidad de la prestacion**	**SI: X**	**NO:**

**** DE ACUERDO AL MANUAL DE CONTRATACION RESOLUCION 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**	**% EJECUCIÓN**	**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	$ 6.400.000	66,67%	
5	029	1/10/2025	OCTUBRE DE 2025	$ 3.200.000	$ 16.000.000	$ 3.200.000	83,33%	
6	030	4/11/2025	NOVIEMBRE DE 2025	$ 3.200.000	$ 19.200.000	$ 0	100,00%	
7	031	1/12/2025	DICIEMBRE DE 2025	$ 1.600.000	$ 20.800.000	$ 0	100,00%	
8	032	19/12/2025	DICIEMBRE DE 2025	$ 1.600.000	$ 22.400.000	$ 0	100,00%	
9	033	5/01/2026	ENERO DE 2026	$ 1.600.000	$ 24.000.000	$ 0	100,00%	

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: 08

10	034	19/01/2026	ENERO DE 2026	$ 1.600.000	$ 25.600.000	$ 0	100,00%	
11	035	5/02/2026	FEBRERO DE 2026	$ 3.200.000	$ 28.800.000	$ 3.200.000	90,00%	
TOTAL				$ 28.800.000	$ 28.800.000	$ 3.200.000	90,00%	

¿Cuenta con Facturas pendientes? Observación: NO

COMO SUPERVISOR DEL CONTRATO
CERTIFICO

QUE EL ARRENDADOR CUMPLIO CON EL OBJETO DEL CONTRATO POR EL PERIODO COMPRENDIDO DEL 1 AL 28 DE FEBRERO DE 2026. DE OTRA PARTE, SE ENCUENTRA AL DIA CON EL PAGO DE LOS APORTES A SALUD Y PENSION

EJECUCION DEL CONTRATO

CONCEPTO	VALOR EN LETRAS	VALOR EN NUMEROS
Valor ejecutado	VEINTIOCHO MILLONES DE PESOS MCTE	$ 28.800.000,00
Saldo por ejecutar	TRES MILLONES DOSCIENTOS MIL PESOS	$ 3.200.000,00
Valor total certificado (Acumulado)	VEINTIOCHO MILLONES DE PESOS MCTE	$ 28.800.000,00

No. FACTURA (s) A PAGAR DEL PERIODO CERTIFICADO	FECHA DE EMISION DE LA FACTURA O CUENTA DE COBRO DEL PERIODO CERTIFICADO; DD/MM/AAAA
035	5/02/2026
VALOR A PAGAR: LA FACTURA, CUENTA DE COBRO, NOTA CREDITO O NOTA DEBITO DEL PERIODO CERTIFICADO	$ 3.200.000,00
OBSERVACIONES DEL SUPERVISOR FRENTE A LA EJECUCION DEL CONTRATO:	QUE EL ARRENDADOR CUMPLIO CON EL OBJETO DEL CONTRATO POR EL PERIODO COMPRENDIDO DEL 1 AL 28 DE FEBRERO DE 2026. 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.	79.613.0[illegible]
CARGO/PERFIL	DIRECTOR(A) ADMINISTRATIVO(A)
AREA DE UBICACION	DIRECCION ADMINISTRATIVA - CUENTA DE COBRO No 028 CTO 02-BS-0035-2025
Correo Electronico	contratacion.centroriente@saludcapital.gov.co
NOMBRE Y APELLIDOS DE QUIEN ELABORA	JUAN CARLOS PERILLA MONROY
AREA DE UBICACION	DIRECCION ADMINISTRATIVA - CUENTA DE COBRO No 028 CTO 02-BS-0035-2025
Correo Electronico	contratacion.centroriente@saludcapital.gov.co

Simple

PAGOSIMPLE | AUTOLIQUIDACION CONSOLIDADA

Fecha creación reporte: 2026-02-05, 10:27:35 AM **Tipo Planilla:** I: PLANILLA INDEPENDIENTES **Número Planilla:** 1078491210

Periodo Cotización: enero de 2026 **Periodo Servicio:** enero de 2026 **Referencia pago (PIN):** 88232613114

PAGADO 05/02/2026

I. DATOS DEL APORTANTE

Razón Social	MARIA OLIVA ALARCON DE PEREZ		
Documento	CC41697212		
Tipo de Empresa	INDEPENDIENTE	Dirección	CL 32A SUR #26 - 08
Tipo Persona	NATURAL	Teléfono	3208864992
Ciudad	BOGOTA D.C.	Forma Presentación	UNICO
Representante Legal		Departamento	BOGOTA D.C.
Total Afiliados	1	Identificación	
		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		Administradora	IBC Pensión	Aporte Pensión	Administradora	IBC Salud	Aporte Salud	Tarifa	IBC Riesgos	Aporte Riesgos	Administradoras	IBC Cajas	Aportes Cajas	Aportes SENA	Aportes ICBF	Aportes ESAP	Aportes Min Educación	Total
CC 41697212	MARIA OLIVA ALARCON DE PEREZ	59	00		NINGUNA AFP	$ 0		901.097) NUEVA EPS S.A.	$ 1,750,905	$ 210,900	0.522	$ 0	$ 0	(CCF050) NINGUNA CCF	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 210,900

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 Educación	(Incapacidades, Licencias, Salina o Pensi) EPS	Incapacidades ARP	SUBTOTAL SIN INTERESES DE MORA	TOTAL INTERESES DE MORA	TOTAL FINAL
$ 0	$ 1,750,905	$ 0	$ 0	$ 0	$ 210,900	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 210,900	$ 200	$ 210,100

Líneas de Servicio FonoSIMPLE: Bogotá 601 4440634 - Cali: 602 5540577 - Medellín: 604 5146969 - Bucaramanga: 607 6438000 - Cartagena: 605 6945444 - Pereira: 606 3402582 - Barranquilla: 605 3618850 - Resto del País: 018000 971 971 - ¡Más que Fácil, SIMPLE!

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