

DATOS GENERALES DEL APORTANTE								
Identificación	dv	Razon Social	Clase Aportante	Sucursal Principal	Dirección	Ciudad-Departamento	Teléfono	Exonerado SENA e ICBF
CC 52484514		OROZCO MORENO MARIANA	INDEPENDIENTE	PRINCIPAL	Cll 20 B N 110A -55	BOGOTA-BOGOTA D.E.	5555555	No

DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION									
Periodo		Clave		Tipo	Fecha		Pago		
Pensión	Salud	Pago		Planilla	Planilla	Limite	Pago	Banco	Valor
2026-05	2026-05	377456559		9504870504	I	2026/06/03	2026/06/10	NEQUI	\$544,800

LIQUIDACION DETALLADA DE APORTES																													
EMPLEADO			PENSION				SALUD				CCF				RIESGOS				PARAFISCALES										
No.	Identificación	Nombres	Codigo	Dias	IBC	Aporte	Codigo	Dias	IBC	Aporte	Codigo	Dias	IBC	Aporte	Codigo	Dias	IBC	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	\$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	\$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	\$0								
1	CC	52484514	OROZCO MARIANA	230301	30	\$1,750,905		\$280,200	EPS010	30		\$1,750,905		\$218,900		0		\$0	\$0	14-7	30		\$1,750,905		\$42,700	0		\$0	\$0
Total Afiliados(1)					\$1,750,905	\$280,200			\$1,750,905	\$218,900			\$0	\$0			\$1,750,905	\$42,700		\$0	\$0								

DATOS GENERALES DEL APORTANTE								
Identificación	dv	Razon Social	Clase Aportante	Sucursal Principal	Direccion	Ciudad-Departamento	Teléfono	Exonerado SENA e ICBF
CC 52484514		OROZCO MORENO MARIANA	INDEPENDIENTE	PRINCIPAL	Cll 20 B N 110A -55	BOGOTA-BOGOTA D.E.	5555555	No

DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION									
Periodo		Clave		Tipo	Fecha		Pago		
Pensión	Salud	Pago	Planilla	Planilla	Limite	Pago	Banco	Dias Mora	Valor
2026-05	2026-05	377456559	9504870504	I	2026/06/03	2026/06/10	NEQUI	7	\$544,800

RESUMEN DE PAGO									
RIESGO	CODIGO	NIT	DV	AFILIADOS	VALOR LIQUIDADO	INTERESES MORA	SALDOS E INCAPACIDADES	VALOR A PAGAR	
AFP (ADMINISTRADORAS: 1)				1	\$280,200	\$1,500	\$0	\$281,700	
PORVENIR	230301	800,224,808	8	1	\$280,200	\$1,500	\$0	\$281,700	
ARL (ADMINISTRADORAS: 1)				1	\$42,700	\$300	\$0	\$43,000	
SEGUROS BOLIVAR	14-7	860,002,503	2	1	\$42,700	\$300	\$0	\$43,000	
EPS (ADMINISTRADORAS: 1)				1	\$218,900	\$1,200	\$0	\$220,100	
EPS SURA (ANTES SUSALUD)	EPS010	800,088,702	2	1	\$218,900	\$1,200	\$0	\$220,100	
TOTAL				1	\$541,800	\$3,000	\$0	\$544,800	

- ✓ Documento del contrato cargado**

A

☐ Porcentaje ☐ Recepción de artículos

Id de pago	Número de factura	Fecha de emisión	Fecha de recepción	Valor neto de la factura	Valor total de la factura	Valor a pagar	Estado
------------	-------------------	------------------	--------------------	--------------------------	---------------------------	---------------	--------

No existen resultados que cumplan con los criterios de búsqueda especificados

% del valor del contrato	% del valor amortizado
100	100
90	90
80	80
70	70
60	60
50	50
40	40
30	30
20	20
10	10
0	0

Valor total contrato:	9,254,740.00 COP	-	-
Valor anticipo:	0.00 COP	0%	-
Valor de las entregas	0.00 COP	0%	-
Valor facturado:	0.00 COP	0%	-
Valor facturado pendiente de pago:	0.00 COP	0%	-
Valor pagado:	0.00 COP	0%	-
Valor amortizado del anticipo:	0.00 COP	0%	0%
Valor pendiente de amortizar:	0.00 COP	0%	0%
Valor pendiente de ejecución:	9,254,740.00 COP	100%	-
Valor pendiente de entrega:	9,254,740.00 COP	100%	-

	Descripción	Nombre del archivo	Cargado por		
☐	PS 3413 2026 CUENTA DE COBRO ABRIL 2026.pdf.pdf	PS 3413 2026 CUENTA DE COBRO ABRIL 2026.pdf.pdf	Comprador	Descargar	Detalle
☐	PS 3413 2026 CUENTA DE COBRO MARZO 2026.pdf	PS 3413 2026 CUENTA DE COBRO MARZO 2026.pdf	Comprador	Descargar	Detalle
☐	PS 3413 2026 CUENTA DE COBRO MAYO 2026.pdf	PS 3413 2026 CUENTA DE COBRO MAYO 2026.pdf	Comprador	Descargar	Detalle

Cargar nuevo

		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: (30-06-2026)					
NOMBRES Y APELLIDOS:	MARIANA OROZCO MORENO			CC:	52484514
CORREO ELECTRÓNICO:	MARIANAOROZCOMORENO@GMAIL.COM			TELÉFONO:	3104939011
DIRECCIÓN DOMICILIO:	CL 20 B 110 A 55			CIUDAD:	BOGOTA
BANCO AL CUAL CONSIGNAR:	BANCO DAVIVIENDA S.A.	TIPO DE CUENTA:	AHORROS	N° CUENTA:	004870422294
DATOS DEL CONTRATO O ADICION Y PERIODO OBJETO DE PAGO					
N° DEL CONTRATO:	PS 3413 2026	VALOR CORRESPONDIENTE AL PERIODO OBJETO DE COBRO		\$ 2.352.900	
FECHA DE INICIO CONTRATO	2026/03/04	FECHA DE TERMINACIÓN CONTRATO:		2026/07/31	
PERIODO OBJETO DE COBRO:	DEL 2026/06/01 AL 2026/06/30				
 MARIANA OROZCO MORENO PS_3413_2026_707E69 NOMBRE Y FIRMA DEL CONTRATISTA: MARIANA OROZCO MORENO CC: 52484514 CEL: 3104939011					

CELEBRADO ENTRE LA SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E Y
MARIANA OROZCO MORENO

CON C.C N°52.484.514

OBJETO DEL CONTRATO:PRESTAR SERVICIOS COMO HIGIENISTA ORAL 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 SERVICIOSPROFESIONALES No. PS 3413 2026FECHA INICIO CONTRATO2026/03/04

VALOR INICIAL DEL CONTRATO\$6.901.840No. HORAS EJECUTADAS186

VALOR TOTAL DEL CONTRATO INCLUIDO ADICIONES:\$11.316.690VALOR DE HONORARIOS PERÍODO A CERTIFICAR:\$2.352.900

PLAZO DEL CONTRATO INCLUYENDO PRORROGASCINCO (5) MESES

UNIDAD FUNCIONAL DE EJECUCIÓN DE ACTIVIDADES:CENTRO DE SALUD LOS ALPES

NOMBRE DEL SUPERVISOR:GLORIA MARITZA PINILLA PINILLA

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)

- 1Apoyar la esterilizacion de las actividaes que realice el odontologo del servicio
- 2Se realiza controles de placa, profilaxis, aplicacion de sellantes, detartrajes , instruccion de higiene oral,
- 3Realizacion de informe de productividad y estadistica de las actividades realizadas

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 (2026-06-01) AL (2026-06-30)

IV. INFORMACIÓN DE APORTES A SEGURIDAD SOCIAL

No. DE PLANILLA:	N° 9504870504	OPERADOR:	APORTES EN LINEA
CONCEPTO DEL PAGO	ENTIDAD	FECHA DE PAGO	VALOR PAGADO
SALUD:	SURA	2026/06/10	\$ 218.900
PENSIÓN:	PORVENIR	2026/06/10	\$ 280.200
RIESGOS LABORALES:	SEGUROS BOLIVAR	2026/06/10	\$ 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 periodo correspondiente

NOMBRE Y FIRMA DEL CONTRATISTA



MARIANA OROZCO MORENO

PS_3413_2026_707E69

MARIANA OROZCO MORENO

CC: 52484514

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



GLORIA MARITZA PINILLA PINILLA

PS_3413_2026_707E69

GLORIA MARITZA PINILLA PINILLA

SUPERVISOR DEL CONTRATO