

		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:	LINA MARCELA BAQUERO MARTINEZ			CC:	1007184214
CORREO ELECTRÓNICO:	LINAMBAQUERO5@GMAIL.COM			TELÉFONO:	1111111111
DIRECCIÓN DOMICILIO:	KR 9B ESTE # 32A 02 SUR			CIUDAD:	BOGOTA
BANCO AL CUAL CONSIGNAR:	BANCO DAVIVIENDA S.A.	TIPO DE CUENTA:	AHORROS	N° CUENTA:	488426994684
DATOS DEL CONTRATO O ADICION Y PERIODO OBJETO DE PAGO					
N° DEL CONTRATO:	PS 1151 2026	VALOR CORRESPONDIENTE AL PERIODO OBJETO DE COBRO		\$ 2.580.600	
FECHA DE INICIO CONTRATO	2026/02/01	FECHA DE TERMINACIÓN CONTRATO:		2026/05/31	
PERIODO OBJETO DE COBRO:	DEL 2026/04/01 AL 2026/04/30				
 LINA MARCELA BAQUERO MARTINEZ PS_1151_2026_026B77 NOMBRE Y FIRMA DEL CONTRATISTA: LINA MARCELA BAQUERO MARTINEZ CC: 1007184214 CEL: 1111111111					

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

LINA MARCELA BAQUERO MARTINEZ

CON C.C N°

1.007.184.214

OBJETO DEL CONTRATO:	PRESTAR SERVICIOS COMO AUXILIAR DE ENFERMERIA PARA DESARROLLAR ACTIVIDADES EN LA DIRECCION DE SERVICIOS COMPLEMENTARIOS DE LA SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E.
----------------------	--

CONTRATO DE PRESTACION DE SERVICIOS PROFESIONALES No.	PS 1151 2026	FECHA INICIO CONTRATO	2026/02/01
---	--------------	-----------------------	------------

VALOR INICIAL DEL CONTRATO	\$ 9.411.600	No. HORAS EJECUTADAS	204
----------------------------	--------------	----------------------	-----

VALOR TOTAL DEL CONTRATO INCLUIDO ADICIONES:	\$ 9.411.600	VALOR DE HONORARIOS PERÍODO A CERTIFICAR:	\$ 2.580.600
--	--------------	---	--------------

PLAZO DEL CONTRATO INCLUYENDO PRORROGAS	CUATRO (4) MESES
---	--------------------

UNIDAD FUNCIONAL DE EJECUCIÓN DE ACTIVIDADES:	HOSPITAL MATERNO INFANTIL
---	---------------------------

NOMBRE DEL SUPERVISOR:	MARIANO ALEJANDRO DE JESUS ORTEGA LONDOÑO
------------------------	---

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.CUMPLÍ CON LA ORGANIZACION, LIMPIEZA Y DESINFECCION DEL AREA, ASI COMO DE LOS ELEMENTOS NECESARIOS PARA LA EJECUCION DE ACTIVIDADES.
2	2. CUMPLÍ CON LA NORMATIVIDAD VIGENTE EN CUANTO AL DESEMPEÑO Y PERMANENCIA EN EL AREA DE TRABAJO ASIGNADA.
3	3. GARANTICÉ INOCUIDAD, MANIPULACION, PREPARACION DE LAS FORMULA LACTEAS Y ENTERALES DE ACUERDO A SU DOSIFICACION, PRESCRIPCION DIETARIA Y DISTRIBUCION, CONSERVANDO CALIDAD MICROBIOLOGICA Y NUTRICIONAL.
4	4.ASEGURÉ LA CORRECTA CONSERVACION Y ADMINISTRACION DE LA LECHE MATERNA A LOS SERVICIOS DE NEONATOLOGIA.
5	5.REGISTRÉ ADECUADAMENTE EN EL FORMATO RESPECTIVO LAS CONDICIONES DE HUMEDAD Y TEMPERATURA EN EL AREA .
6	6.ASISTÍ PERIODICAMENTE AL FORTALECIMIENTO SOBRE EL CODIGO INTERNACIONAL DE LACTANCIA MATERNA.
7	7. CUMPLÍ CON LA ADECUADA LIMPIEZA, DESINFECCION Y ESTERILIZACION DEL MATERIAL NECESARIO PARA LA PREPARACION Y ADMINISTRACION DE FORMULAS LACTEAS Y ENTERALES .
8	8.ASISTÍ A LAS REUNIONES Y CAPACITACIONES PROGRAMADAS PARA LA SUPERVISION.
9	9.INFORMÉ A LA SUPERVISION ACERCA DE CUALQUIER NOVEDAD EN CUANTO EQUIPOS, MATERIALES E INSUMOS EN CUANTO AL AREA DE TRABAJO.
10	10. EJECUTÉ LAS ACTIVIDADES PROPIAS DE SU OFICIO DE CONFORMIDAD CON LAS NORMAS Y/O REGLAMENTOS DE ACUERDO AL OBJETO CONTRACTUAL Y LAS NECESIDADES DEL SERVICIO.
11	11. CUMPLÍ CON LA PROGRAMACION DE AGENDA O CONCERTACION DE CRONOGRAMA EN EL DESARROLLO DE SUS ACTIVIDADES CONTENIDAS EN EL FORMATO DE NECESIDAD DE PERSONAL QUE A HACE PARTE DEL PRESENTE CONTRATO.
12	12. SE DESARROLLÉ LAS ACTIVIDADES EN CUALQUIERA DE LAS UNIDADES CORRESPONDIENTES A LA SUBRED CENTRO ORIENTE DE ACUERDO A LA ASIGNACION REALIZADA POR EL SUPERVISOR

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° 9501644194	OPERADOR:	APORTES EN LINEA
CONCEPTO DEL PAGO	ENTIDAD	FECHA DE PAGO	VALOR PAGADO
SALUD:	NUEVA EPS	2026/04/14	\$ 218.900
PENSIÓN:	COLPENSIONES	2026/04/14	\$ 280.200
RIESGOS LABORALES:	SURA	2026/04/14	\$ 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 ningún 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	 LINA MARCELA BAQUERO MARTINEZ PS_1151_2026_026B77 LINA MARCELA BAQUERO MARTINEZ CC: 1007184214		
FIRMA DE QUIEN VALIDA	 FRANK STEPHAN VANEGAS CARVAJAL PS_1151_2026_026B77 FRANK STEPHAN VANEGAS CARVAJAL SUPERVISOR ALTERNO		
FIRMA DE QUIEN CONVALIDA EL CUMPLIMIENTO DE LAS OBLIGACIONES PARA EL PRESENTE PERIODO DE PAGO	 MARIANO ALEJANDRO DE JESUS ORTEGA LONDOÑO PS_1151_2026_026B77 MARIANO ALEJANDRO DE JESUS ORTEGA LONDOÑO SUPERVISOR DEL CONTRATO		

DATOS GENERALES DEL APORTANTE									
Identificación	dv	Razon Social	Clase Aportante	Sucursal Principal	Direccion	Ciudad-Departamento	Teléfono	Exonerado SENA e ICBF	
CC 1007184214		BAQUERO MARTINEZ LINA MARCELA	INDEPENDIENTE	PRINCIPAL	CRA 9 ESTE#30C-27 SUR LOTE B	BOGOTA-BOGOTA D.E.	5454393	No	
DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION									
Periodo		Clave		Tipo	Fecha		Pago		
Pensión	Salud	Pago	Planilla	Planilla	Límite	Pago	Banco	Días Mora	Valor
2026-03	2026-03	221088750	9501644194	I	2026/04/07	2026/04/14	BANCO DAVIVIENDA	7	\$579,900

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)					\$ 1,750,905	\$280,200			\$ 1,750,905	\$ 218,900			\$ 1,750,905	\$35,100			\$ 1,750,905	\$42,700		\$0	\$0	
Centro de Trabajo: PRINCIPAL (1 Afiliados)					\$ 1,750,905	\$280,200			\$ 1,750,905	\$218,900			\$ 1,750,905	\$35,100			\$ 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			\$ 1,750,905	\$35,100			\$ 1,750,905	\$42,700		\$0	\$0	
1	CC	1007184214	BAQUERO LINA	25-14	30	\$ 1,750,905	\$280,200	EP5037	30	\$ 1,750,905	\$218,900	CCF24	30	\$ 1,750,905	\$35,100	14-11	30	\$ 1,750,905	\$42,700	30	\$0	\$0
Total Afiliados(1)					\$ 1,750,905	\$280,200			\$ 1,750,905	\$218,900			\$ 1,750,905	\$35,100			\$ 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 1007184214		BAQUERO MARTINEZ LINA MARCELA	INDEPENDIENTE	PRINCIPAL	CRA 9 ESTE#30C-27 SUR LOTE B	BOGOTA-BOGOTA D.E.	5454393	No

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	221088750	9501644194	I	2026/04/07	2026/04/14	BANCO DAVIVIENDA	7	\$579,900

RESUMEN DE PAGO									
RIESGO	CODIGO	NIT	DV	AFILIADOS	VALOR LIQUIDADO	INTERESES MORA	SALDOS E INCAPACIDADES	VALOR A PAGAR	
AFP (ADMINISTRADORAS: 1)				1	\$280,200	\$1,400	\$0	\$281,600	
COLPENSIONES	25-14	900,336,004	7	1	\$280,200	\$1,400	\$0	\$281,600	
ARL (ADMINISTRADORAS: 1)				1	\$42,700	\$300	\$0	\$43,000	
ARL SURA	14-11	890,903,790	5	1	\$42,700	\$300	\$0	\$43,000	
CCF (ADMINISTRADORAS: 1)				1	\$35,100	\$200	\$0	\$35,300	
COMPENSAR	CCF24	860,066,942	7	1	\$35,100	\$200	\$0	\$35,300	
EPS (ADMINISTRADORAS: 1)				1	\$218,900	\$1,100	\$0	\$220,000	
NUEVA E.P.S.	EPS037	900,156,264	2	1	\$218,900	\$1,100	\$0	\$220,000	
TOTAL				1	\$576,900	\$3,000	\$0	\$579,900	