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: (31-07-2026)					
NOMBRES Y APELLIDOS:	**ANGIE NATALIA BAUTISTA FORERO**			**CC:**	**1000617469**
CORREO ELECTRÓNICO:	**natafore22@gmail.com**			**TELÉFONO:**	**3213132496**
DIRECCIÓN DOMICILIO:	**CL 9 SUR 2 38 E**			**CIUDAD:**	**BOGOTA**
BANCO AL CUAL CONSIGNAR:	**BANCO DAVIVIENDA S.A.**	**TIPO DE CUENTA:**	**AHORROS**	**N° CUENTA:**	**488426066814**
DATOS DEL CONTRATO O ADICION Y PERIODO OBJETO DE PAGO					
Nº DEL CONTRATO:	**PS 2122 2026**	**VALOR CORRESPONDIENTE AL PERIODO OBJETO DE COBRO**			**$ 2.873.100**
FECHA DE INICIO CONTRATO	**2026/02/01**	**FECHA DE TERMINACIÓN CONTRATO:**			**2026/07/31**
PERIODO OBJETO DE COBRO:	**DEL 2026/07/01 AL 2026/07/31**				

ANGIE NATALIA BAUTISTA FORERO
PS_2122_2026_B3C527

NOMBRE Y FIRMA DEL CONTRATISTA:
ANGIE NATALIA BAUTISTA FORERO
CC: 1000617469
CEL: 3213132496

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			
ANGIE NATALIA BAUTISTA FORERO			
	CON C.C N°	**1.000.617.469**	
OBJETO DEL CONTRATO:	PRESTAR SERVICIOS COMO TECNICO DE APOYO A LA GESTION III 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 2122 2026**	**FECHA INICIO CONTRATO**	**2026/02/01**
VALOR INICIAL DEL CONTRATO	$ 11.492.400	**No. HORAS EJECUTADAS**	**0**
VALOR TOTAL DEL CONTRATO INCLUIDO ADICIONES:	$ 17.238.600	**VALOR DE HONORARIOS PERÍODO A CERTIFICAR:**	$ 2.873.100
PLAZO DEL CONTRATO INCLUYENDO PRORROGAS	SEIS (6) MESES		
UNIDAD FUNCIONAL DE EJECUCIÓN DE ACTIVIDADES:	HOSPITAL SANTA CLARA		
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	REALIZAR LA ENTREGA DE MATRIZ CONCEJAL ARIAS
2	ASISTIR A LAS REUNION INDICADAS POR DIFERENTES ACTORES
3	REVISAR DIARIAMENTE LA COMPLETITUD DE AGENDAS DE LA UNIDAD CANDELARIA
4	REALIZAR EL FORMATO ESTABLECIDO PARA LA CREACION DE AGENDAS DE LA UNIDAD CANDELARIA
5	REALIZAR LA SOLICITUD DE BIEN Y SERVICIO PARA EL PROCESO DE ODONTOLOGIA JUNTO CON SUS AJUSTES CORRESPONDIENTES
6	APOYAR LAS ACTIVIDADES QUE SEAN INDICADAS POR LA SUPERVISORA DE CONTRATO Y/O JEFE INMEDIATO
7	REALIZAR INFORMES DE LA UNIDAD CADA VEZ QUE SE REQUIERAN
8	REALIZAR PEDIDO DENTAL NADER PARA LA OPTIMA EJECUCION DEL SERVICIO DE ODONTOLOGIA
9	APOYAR EL DESPACHO DE INSUMOS DE ODONTOLOGIA
10	REALIZAR INFORMES Y PLANES DE MEJORA ALMERA DEL PRCESO DE ODONTOLOGIA

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 (2026-07-01) AL (2026-07-31)

IV. INFORMACIÓN DE APORTES A SEGURIDAD SOCIAL

No. DE PLANILLA:	N° 1087675927	OPERADOR:	SIMPLE

CONCEPTO DEL PAGO	ENTIDAD	FECHA DE PAGO	VALOR PAGADO
SALUD:	FAMISANAR	2026/06/12	$ 218.900
PENSIÓN:	PORVENIR	2026/06/12	$ 280.200
RIESGOS LABORALES:	SURA	2026/06/12	$ 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	*ANGIE NATALIA BAUTISTA FORERO* *PS_2122_2026_B3C527* **ANGIE NATALIA BAUTISTA FORERO** **CC: 1000617469**
FIRMA DE QUIEN CONVALIDA EL CUMPLIMIENTO DE LAS OBLIGACIONES PARA EL PRESENTE PERIODO DE PAGO	*CLAUDIA MARCELA MELO PASTRAN* *PS_2122_2026_B3C527* **CLAUDIA MARCELA MELO PASTRAN** **SUPERVISOR DEL CONTRATO**

PAGOSIMPLE | AUTOLIQUIDACION CONSOLIDADA

Fecha creación reporte: 2026-06-12 09:41:39 AM **Tipo Planilla:** I: PLANILLA INDEPENDIENTES **Numéro Planilla:** 1087675927

Periodo Cotización: junio de 2026 **Periodo Servicio:** junio de 2026

PAGADO 12/06/2026

I. DATOS DEL APORTANTE

Razón Social	ANGIE NATALIA BAUTISTA FORERO		
Documento	CC1000617469	**Dirección**	CLL 9 S 2 38 ESTE
Tipo de Empresa	INDEPENDIENTE	**Teléfono**	3213132496
Tipo Persona	NATURAL	**Forma Presentación**	ÚNICO
Ciudad	BOGOTA D.C.	**Departamento**	BOGOTA D.C.
Representante Legal		**Identificación**	
Total Afiliados	1	**ARP**	ARL SURA

II. DETALLE DEL APORTANTE

Datos del Afiliado				Novedades																					Pensiones			Salud			Riesgos			Cajas			Parafiscales				Total
Identificación	Apellidos y Nombres	Tipo Cotizante	Subtipo Cotizante	ING	RET	RET P	TDE	TAE	TDP	TAP	VSP	COR	VST	SLN	IGE	LMA	VAC	AVP	VCT	IRP	Días AFP	Días EPS	Días ARP	Días CCF	Administradora	IBC Pensión	Aporte Pensión	Administradora	IBC Salud	Aporte Salud	Tarifa	IBC Riesgos	Aporte Riesgos	Administradora	IBC Caja	Aporte Caja	Aporte SENA	Aporte ICBF	ESAP	Aporte Ministerio	Total
CC 1000617469	ANGIE NATALIA BAUTISTAFORERO	59	00																	0	30	30	30	0	(230301) PORVENIR	$1.750.905	$ 280.200	(EPS010) EPS SANITAS	$1.750.905	$218.900	2,436	$1.750.905	$42.700	(NIN-CC) NINGUNA CCF	$	$	$	$	$	$	$ 541.800

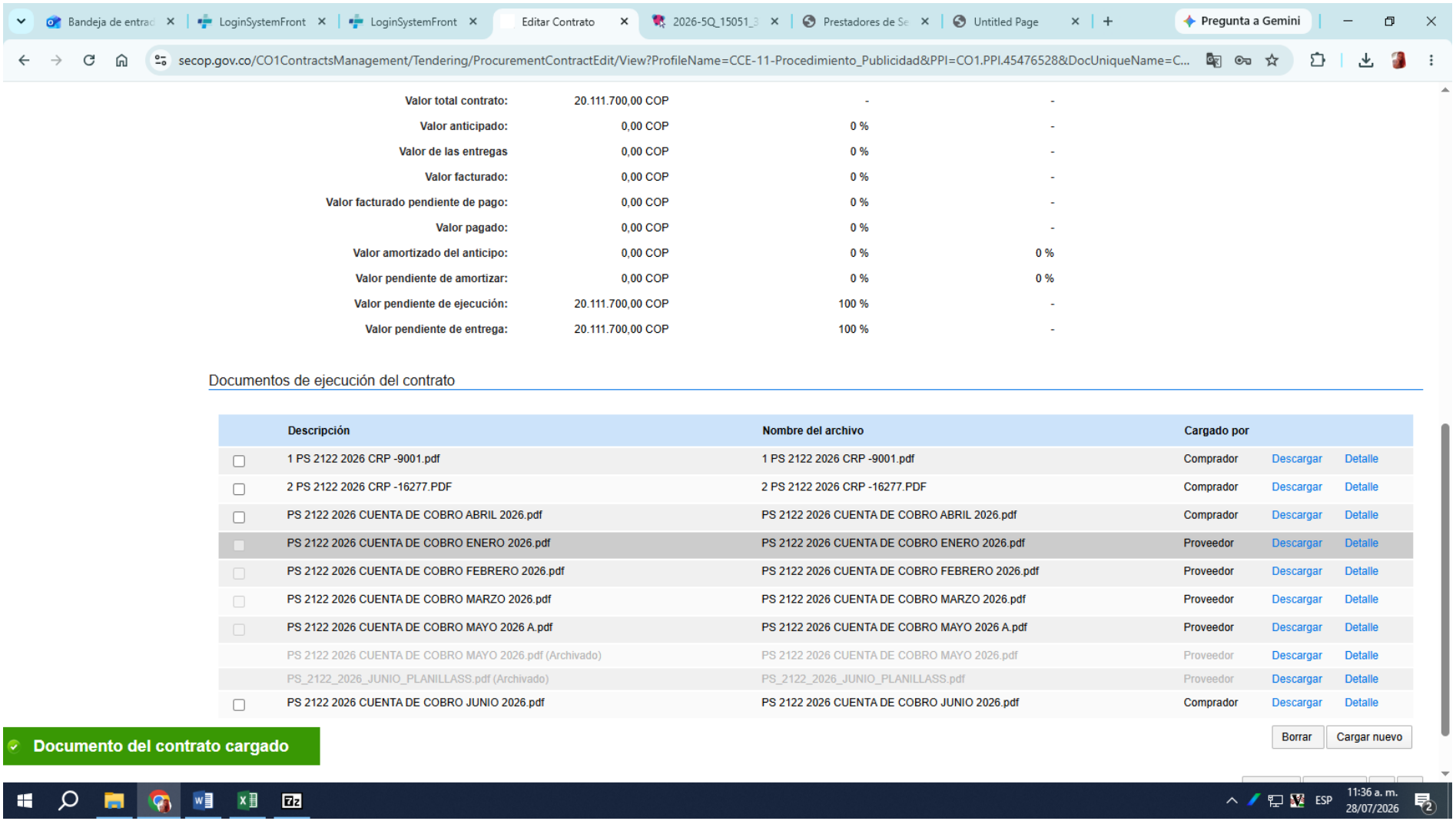
III. TOTALES

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, Saldos a Favor) EPS	Incapacidades ARP	SUBTOTAL SIN INTERESES DE MORA	TOTAL INTERESES DE MORA	TOTAL FINAL
$ 1.750.905	$ 1.750.905	$ 1.750.905	$ 0	$ 280.200	$ 218.900	$ 42.700	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 541.800

Líneas de Servicio FonoSIMPLE: Bogotá 601 4446634 - Cali: 602 5540577 - Medellín: 604 5146669 - Bucaramanga: 607 6438000 - Cartagena: 605 6945444 - Pereira: 606 3402582 - Barranquilla: 605 3618850 - Resto del País: 018000 971 971 - ¡Más que Fácil, SIMPLE!

¡El Poder de lo SIMPLE!

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


Bandeja de entrac
LoginSystemFront
LoginSystemFront
Editar Contrato
2026-5Q_15051_3
Prestadores de Se
Untitled Page
Pregunta a Gemini
secop.gov.co/CO1ContractsManagement/Tendering/ProcurementContractEdit/View?ProfileName=CCE-11-Procedimiento_Publicidad&PPI=CO1.PPI.45476528&DocUniqueName=C...
Valor total contrato: 20.111.700,00 COP - -
Valor anticipado: 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: 20.111.700,00 COP 100 % -
Valor pendiente de entrega: 20.111.700,00 COP 100 % -
Documentos de ejecución del contrato
Descripción
Nombre del archivo
Cargado por
1 PS 2122 2026 CRP -9001.pdf 1 PS 2122 2026 CRP -9001.pdf Comprador Descargar Detalle
2 PS 2122 2026 CRP -16277.PDF 2 PS 2122 2026 CRP -16277.PDF Comprador Descargar Detalle
PS 2122 2026 CUENTA DE COBRO ABRIL 2026.pdf PS 2122 2026 CUENTA DE COBRO ABRIL 2026.pdf Comprador Descargar Detalle
PS 2122 2026 CUENTA DE COBRO ENERO 2026.pdf PS 2122 2026 CUENTA DE COBRO ENERO 2026.pdf Proveedor Descargar Detalle
PS 2122 2026 CUENTA DE COBRO FEBRERO 2026.pdf PS 2122 2026 CUENTA DE COBRO FEBRERO 2026.pdf Proveedor Descargar Detalle
PS 2122 2026 CUENTA DE COBRO MARZO 2026.pdf PS 2122 2026 CUENTA DE COBRO MARZO 2026.pdf Proveedor Descargar Detalle
PS 2122 2026 CUENTA DE COBRO MAYO 2026 A.pdf PS 2122 2026 CUENTA DE COBRO MAYO 2026 A.pdf Proveedor Descargar Detalle
PS 2122 2026 CUENTA DE COBRO MAYO 2026.pdf (Archivado) PS 2122 2026 CUENTA DE COBRO MAYO 2026.pdf Proveedor Descargar Detalle
PS_2122_2026_JUNIO_PLANILLASS.pdf (Archivado) PS_2122_2026_JUNIO_PLANILLASS.pdf Proveedor Descargar Detalle
PS 2122 2026 CUENTA DE COBRO JUNIO 2026.pdf PS 2122 2026 CUENTA DE COBRO JUNIO 2026.pdf Comprador Descargar Detalle
Borrar
Cargar nuevo
Documento del contrato cargado
ESP
11:36 a. m.
28/07/2026