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:	**ALEJANDRA NOPE CANO**			**CC:**	**1023925767**
CORREO ELECTRÓNICO:	**ALEJITAONAC@HOTMAIL.COM**			**TELÉFONO:**	**3105706420**
DIRECCIÓN DOMICILIO:	**CL 22A 8 36 SUR**			**CIUDAD:**	**BOGOTA**
BANCO AL CUAL CONSIGNAR:	**BANCO DAVIVIENDA S.A.**	**TIPO DE CUENTA:**	**AHORROS**	**N° CUENTA:**	**004800422679**
DATOS DEL CONTRATO O ADICION Y PERIODO OBJETO DE PAGO					
Nº DEL CONTRATO:	**PS 1002 2026**	**VALOR CORRESPONDIENTE AL PERIODO OBJETO DE COBRO**			**$ 3.191.160**
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**				

ALEJANDRA NOPE CANO
PS_1002_2026_6FEEAE

NOMBRE Y FIRMA DEL CONTRATISTA:
ALEJANDRA NOPE CANO
CC: 1023925767
CEL: 3105706420

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			
ALEJANDRA NOPE CANO			
	CON C.C N°	**1.023.925.767**	
OBJETO DEL CONTRATO:	PRESTAR SERVICIOS COMO TECNOLOGO DE APOYO A LA GESTION III PARA DESARROLLAR ACTIVIDADES EN LA DIRECCION DE CONTRATACION DE LA SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E.		
CONTRATO DE PRESTACION DE SERVICIOS PROFESIONALES No.	**PS 1002 2026**	**FECHA INICIO CONTRATO**	**2026/02/01**
VALOR INICIAL DEL CONTRATO	$ 12.764.640	**No. HORAS EJECUTADAS**	**0**
VALOR TOTAL DEL CONTRATO INCLUIDO ADICIONES:	$ 19.146.960	**VALOR DE HONORARIOS PERÍODO A CERTIFICAR:**	$ 3.191.160
PLAZO DEL CONTRATO INCLUYENDO PRORROGAS	SEIS (6) MESES		
UNIDAD FUNCIONAL DE EJECUCIÓN DE ACTIVIDADES:	SEDE ADMINISTRATIVA DIAGONAL 34		
NOMBRE DEL SUPERVISOR:	CARMENZA JAIMINA MANOTAS BUENO		

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. Durante el mes elaboré 112 contratos, realizando el proceso completo de revisión, validación, y cargué de la documentación requerida para cada contratista. Inicialmente, revisé los documentos asociados a NC, SARLAFT y CDP, verificando que la información estuviera completa y acorde con los requisitos establecidos. Asimismo, realicé la revisión detallada de las hojas de vida de los contratistas, validando la documentación soporte de cada una, las cuales contenían entre 20 y 60 documentos aproximadamente por persona. A partir de esta revisión, efectué la transcripción de la información personal y contractual en la matriz de contratación, así como la elaboración de los respectivos contratos. Finalmente, realicé el cargué en SECOP II de la documentación correspondiente, incluyendo documentos como (NC, SF, CDP, PS, COM) y documentos asociados a la hoja de vida del contratista. Este proceso permitió dejar cada contrato con la documentación requerida y organizada para su respectivo seguimiento en la plataforma.
2	2. Elaboración de correspondencia: Elaboré 224 documentos correspondientes a cada contrato cargado, relacionados con (PS XXXX) y comunicaciones. Renombramiento: Renombré los documentos relacionados con PS y COMUNICACIONES. Se renombraron 672 documentos relacionados a cada contrato. NC, SF. CDP, PS, COMUNICACIÓN Y HV.
3	3. Realicé 59 expedientes contractuales para cargar contratos encontrados en SECOP II. La búsqueda de estos contratos se realiza por procesos de la entidad Estatal.
4	4. Realicé el seguimiento a 112 contratos en SECOP II, verificando que cada uno contara con la firma del proveedor para continuar con el proceso. Posteriormente, envié los 112 contratos a sus respectivos flujos de aprobación y, una vez completadas las validaciones correspondientes, realicé el inicio de ejecución de cada uno de ellos en la plataforma.
5	5. Digité la información de 112 contratos para la actualización de la MATRIZ 2026, en cada necesidad radicada se validó el perfil profesional, el objeto contractual, nombre de supervisor contra SIDEAP, valor hora según tabla de honorarios, actividades, unidad donde se presenta el servicio, tiempo estimado del contrato, si pertenece o no a un convenio para llevar acabo el contrato.
6	6. Envié correos informativos a 112 contratistas con el fin de orientar y solicitar la realización del proceso de firma digital en SECOP II. Asimismo, realicé el seguimiento correspondiente para garantizar que los contratistas recibieran la información necesaria y pudieran completar el procedimiento dentro de los tiempos establecidos, contribuyendo al avance oportuno de los procesos contractuales.
7	7. Añadí 450 CRP en SECOP II mediante el botón N.° 6, "Información presupuestal". Asimismo, cargué 450 documentos en el botón N.° 7, "Ejecución del contrato", asociando un documento a cada uno de los registros correspondientes.
8	8. Realicé 563 modificaciones contractuales en SECOP II, correspondientes a adiciones y prórrogas de los rubros PIC, asistencial, honorarios y remuneración. Para cada modificación, actualicé la información requerida en la plataforma, garantizando que los cambios quedaran registrados correctamente y acordes con lo solicitado.
9	9. Realicé el seguimiento a 563 modificaciones contractuales en SECOP II, verificando en cada caso si el contratista efectuó la firma o rechazó la modificación correspondiente. Una vez validado el estado de cada trámite, procedí con la publicación de las modificaciones en la plataforma, garantizando que la información quedara actualizada y disponible para su consulta.
10	10. Realicé el registro de 130 contratos nuevos para la consolidación del informe SIHO correspondiente al segundo trimestre, verificando que la información requerida estuviera correctamente incorporada. Adicionalmente, actualicé el valor de 563 registros de contratos, realizando las modificaciones necesarias para mantener la información presupuestal y contractual al día, garantizando la consistencia y confiabilidad de los datos reportados en el informe.
11	11. Las demás actividades solicitadas por el supervisor del contrato.

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° 6023893320	OPERADOR:	SOI

CONCEPTO DEL PAGO	ENTIDAD	FECHA DE PAGO	VALOR PAGADO
SALUD:	COMPENSAR	2026/07/10	$ 218.900
PENSIÓN:	COLFONDOS	2026/07/10	$ 280.200
RIESGOS LABORALES:	SURA	2026/07/10	$ 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 período correspondiente

NOMBRE Y FIRMA DEL CONTRATISTA	*ALEJANDRA NOPE CANO* *PS_1002_2026_6FEEAE* **ALEJANDRA NOPE CANO** **CC: 1023925767**
FIRMA DE QUIEN CONVALIDA EL CUMPLIMIENTO DE LAS OBLIGACIONES PARA EL PRESENTE PERIODO DE PAGO	*CARMENZA JAIMINA MANOTAS BUENO* *PS_1002_2026_6FEEAE* **CARMENZA JAIMINA MANOTAS BUENO** **SUPERVISOR DEL CONTRATO**

PLANILLA INTEGRADA AUTOLIQUIDACIÓN APORTES
COMPROBANTE DE PAGO

DAVIVIENDA

DATOS GENERALES DEL APORTANTE

TIPO IDENTIFICACIÓN:	CÉDULA DE CIUDADANÍA	NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN:	1023925767
NOMBRE Ó RAZÓN SOCIAL:			ALEJANDRA NOPE CANO
CIUDAD/MUNICIPIO:	BOGOTA DISTRITO CAPITAL	DEPARTAMENTO:	BOGOTA - DISTRITO CAPITAL
DIRECCIÓN:	CL 22A # 8 36 SUR	TELÉFONO:	2723832
TIPO APORTANTE:	02-INDEPENDIENTE	CLASE APORTANTE:	I-INDEPENDIENTE
TIPO EMPRESA:	PRIVADA	ACTIVIDAD ECONOMICA:	Actividades reguladoras y
FORMA DE PRESENTACIÓN:	ÚNICO		
APORTANTE EXONERADO PAGO APORTES SALUD, SENA E ICBF (REFORMA TRIBUTARIA):			NO

DATOS GENERALES DE LA PLANILLA

NÚMERO PLANILLA:	**6027843591**		TIPO DE PLANILLA:		I-INDEPENDIENTES
PERIODO COTIZACIÓN	MES:	julio	PERIODO COTIZACIÓN	MES:	julio
OTROS SUBSISTEMAS:	AÑO:	2026	SALUD:	AÑO:	2026
DÍAS DE MORA:		0			
FECHA PAGO (aaaa/mm/dd):		2026/08/12	NÚMERO AUTORIZACIÓN:		560802841

NOVEDADES

ING	RET	TDE	TAE	TDP	TAP	COR	VSP	VST	SLN	COM	IGE	LMA	VAC	AVP	VCT	IRP

LIQUIDACIÓN GENERAL

			TOTALES	
			COTIZANTES	TOTAL PAGADO
PENSIÓN				
		ADMINISTRADORA		
NIT	CÓDIGO	NOMBRE		
8002279406	231001	231001-COLFONDOS	1	$ 280.200
		SUBTOTAL:	1	**$ 280.200**
SALUD				
		ADMINISTRADORA		
NIT	CÓDIGO	NOMBRE		
8600669427	EPS008	EPS008-COMPENSAR	1	$ 218.900
		SUBTOTAL:	1	**$ 218.900**
CAJA DE COMPENSACIÓN				
		ADMINISTRADORA		
NIT	CÓDIGO	NOMBRE		
8600669427	CCF24	CCF24-COMPENSAR	1	$ 35.100
		SUBTOTAL:	1	**$ 35.100**
RIESGOS PROFESIONALES				
		ADMINISTRADORA		
NIT	CÓDIGO	NOMBRE		
8909037905	14-11	14-11 - ARL SURA	1	$ 42.700
		SUBTOTAL:	1	**$ 42.700**

VALOR SIN MORA:	**$ 576.900**
VALOR MORA:	**$ 0**
TOTAL PAGADO:	**$ 576.900**

Planilla Pagada