**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:** | **NATALIA ESTEFANI MORENO TORRES** | | | **CC:** | **1018473589** |
| **CORREO ELECTRÓNICO:** | **NATAMORENO1117@GMAIL.COM** | | | **TELÉFONO:** | **3053156177** |
| **DIRECCIÓN DOMICILIO:** | **CL 65B 111 59** | | | **CIUDAD:** | **BOGOTA** |
| **BANCO AL CUAL CONSIGNAR:** | **NU** | **TIPO DE CUENTA:** | **AHORROS** | **N° CUENTA:** | **76966992** |
| **DATOS DEL CONTRATO O ADICION Y PERIODO OBJETO DE PAGO** | | | | | |
| **Nº DEL CONTRATO:** | **PS 1021 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** | | | | |

*NATALIA ESTEFANI MORENO TORRES*
*PS_1021_2026_20230C*

**NOMBRE Y FIRMA DEL CONTRATISTA:**
**NATALIA ESTEFANI MORENO TORRES**
**CC: 1018473589**
**CEL: 3053156177**

| | | |
|---|---|---|
| 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**<br>**APOYO - GESTION DE CONTRATACIÓN**<br>**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<br>**VERSIÓN:** 2<br>**FECHA:** 2025-06-09 |

| | | | |
|---|---|---|---|
| **CELEBRADO ENTRE LA SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E Y** | | | |
| **NATALIA ESTEFANI MORENO TORRES** | | | |
| | **CON C.C N°** | **1.018.473.589** | |
| **OBJETO DEL CONTRATO:** | PRESTAR SERVICIOS COMO TECNICO 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 1021 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:** | 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 | SE BUSCAN HOJAS DE VIDA DE CANDIDATOS EN EL BANCO DE HOJAS DE VIDA DE LA SUBRED CENTRO ORIENTE |
| 2 | SE ENVIA LA LISTA DE CHEQUEO CON LOS FORMATOS PROPIOS DEL AREA DE SELECCIÓN, HACIENDO SEGUIMIENTO HASTA LOGRAR COMPLETAR LA TOTALIDAD DE LOS MISMOS,DANDO CLARIDAD EN LA CONSECUENCIA DE DOCUMENTOS Y TIEMPOS DE ENTREGA |
| 3 | DENTRO DEL SEGUIMIENTO A LOS PROCESOS, SOLAMENTE SE RADICA A LOS CANDIDATOS QUE HAN COMPLETADO LA TOTALIDAD DOCUMENTAL Y QUE SON IDONEOS |
| 4 | SE GESTIONAN PROCESOS DE APOYO EN AUDITORIA, ACTUALIZACION DOCUMENTAL Y CAPACITACIONES A LAS QUE ALLAN LUGAR |
| 5 | SEGUIMIENTO A PROCESOS DOCUMENTALES + SEGUIMIENTO A NUEVOS CANDIDATOS<br>SEGUIMIENTO EN LA MATRIZ DE OPS A LA FORMALIZACION DE LAS PERSONAS RADICADAS PARA CONTRATOS NUEVOS, DOCUMENTACION COMPLETA Y CARPETA DEBIDAMENTE NOMBRA ,CONTANDO TAMBIEN CON DOCUMENTOS ADICIONALES COMO NECESIDAD Y CDP DIGITALIZADO |
| 6 | PROCESOS DE AYUDA EN AUDITORIAS O LO QUE SE REQUIERA EN EL AREA DE SELECCION<br>DENTRO DEL PROCESO DOCUMENTAL SE GARANTIZA TANTO CEDULA, CUENTA BANCARIA Y RUT QUE SON PARTE CENTRAL EN EL PROCESO DE CREACION DE TERCEROS PARA TODAS LAS AREAS IMPLICADAS |
| 7 | CUMPLIMIENTO DE MI ACTIVIDADES A CABALIDAD, APOYO EN MASIVIDAD DOCUMENTAL O OPERACIÓN NORMAL |

**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° 9507363302 | OPERADOR: | APORTES EN LINEA |
| CONCEPTO DEL PAGO | ENTIDAD | FECHA DE PAGO | VALOR PAGADO |
| SALUD: | SURA | 2026/07/27 | $ 218.861 |

| | | | |
|---|---|---|---|
| PENSIÓN: | PROTECCION | 2026/07/27 | $ 280.142 |
| RIESGOS LABORALES: | SEGUROS BOLIVAR | 2026/07/27 | $ 42.651 |
| OTRO | | | |
| TOTAL PAGADO | | | $ 541.654 |

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** | *NATALIA ESTEFANI MORENO TORRES*<br>*PS_1021_2026_20230C*<br>**NATALIA ESTEFANI MORENO TORRES**<br>**CC: 1018473589** |
| **FIRMA DE QUIEN CONVALIDA EL CUMPLIMIENTO DE LAS OBLIGACIONES PARA EL PRESENTE PERIODO DE PAGO** | *CARMENZA JAIMINA MANOTAS BUENO*<br>*PS_1021_2026_20230C*<br>**CARMENZA JAIMINA MANOTAS BUENO**<br>**SUPERVISOR DEL CONTRATO** |

aportes en línea

# Planilla Resumen

## DATOS GENERALES DEL APORTANTE

| Identificación | dv | Razon Social | Clase Aportante | Sucursal Principal | Direccion | Ciudad-Departamento | Teléfono | Exonerado SENA e ICBF |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| CC 1018473589 | | MORENO TORRES NATALIA ESTEFANI | INDEPENDIENTE | PRINCIPAL | calle 64 d N 18 n 83 sur | BOGOTA-BOGOTA D.E. | 7921874 | No |

## DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION

| Periodo | | Clave | | Tipo | Fecha | | Pago | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| Pensión | Salud | Pago | Planilla | Planilla | Limite | Pago | Banco | Dias Mora | Valor |
| 2026-07 | 2026-07 | 599449287 | 9508912600 | I | 2026/08/25 | 2026/08/27 | NU | 2 | $542,800 |

## LIQUIDACION DETALLADA DE APORTES

| EMPLEADO | | | NOVEDADES | | | | | | | | | | | | | | PENSION | | | | SALUD | | | | CCF | | | | RIESGOS | | | | | PARAFISCALES | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| No. | Identificación | Nombre | ing | ret | tde | tae | tdp | tap | vsp | cor | vst | sln | ige | lma | vac | avp | vct | irl | vip | Codigo | Dias | IBC | Aporte | Codigo | Dias | IBC | Aporte | Codigo | Dias | IBC | Aporte | Codigo | Dias | IBC | Tarifa | Aporte | Dias | IBC | Aporte | Exonerado SENA e ICBF | Total Aportes |
| **SUCURSAL: PRINCIPAL (1 Afiliados)** | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | **$1,750,905** | **$280,200** | | | **$1,750,905** | **$218,900** | | | **$0** | **$0** | | | **$1,750,905** | | **$42,700** | | **$0** | **$0** | | **$541,800** |
| **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** | | **$541,800** |
| 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** | | **$541,800** |
| 1 | CC | 1018473589 MORENO NATALIA | | | | | | | | | | | | | | | | | | 230201 | 30 | $1,750,905 | $280,200 | EPS010 | 30 | $1,750,905 | $218,900 | | 0 | $0 | $0 | 14-7 | 30 | $1,750,905 | 2.436% | $42,700 | 0 | $0 | $0 | No | $541,800 |
| **Total** | **Afiliados( 1)** | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | $1,750,905 | $280,200 | | | $1,750,905 | $218,900 | | | $0 | $0 | | | $1,750,905 | | $42,700 | | $0 | $0 | | $541,800 |

aportes en línea

# Planilla Resumen

**RESUMEN DE PAGO**

| RIESGO | CODIGO | NIT | DV | AFILIADOS | VALOR LIQUIDADO | INTERESES MORA | SALDOS E INCAPACIDADES | VALOR A PAGAR |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| AFP (ADMINISTRADORAS: 1) | | | | 1 | $280,200 | $500 | $0 | $280,700 |
| PROTECCION | 230201 | 800,229,739 | 0 | 1 | $280,200 | $500 | $0 | $280,700 |
| ARL (ADMINISTRADORAS: 1) | | | | 1 | $42,700 | $100 | $0 | $42,800 |
| SEGUROS BOLIVAR | 14-7 | 860,002,503 | 2 | 1 | $42,700 | $100 | $0 | $42,800 |
| EPS (ADMINISTRADORAS: 1) | | | | 1 | $218,900 | $400 | $0 | $219,300 |
| EPS SURA (ANTES SUSALUD) | EPS010 | 800,088,702 | 2 | 1 | $218,900 | $400 | $0 | $219,300 |
| **TOTAL** | | | | **1** | **$541,800** | **$1,000** | **$0** | **$542,800** |