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:	**ADRIANA MERCEDES GUZMAN CARDENAS**			**CC:**	**51854325**
CORREO ELECTRÓNICO:	**NANAGUZCA1998@HOTMAIL.COM**			**TELÉFONO:**	**3197292300**
DIRECCIÓN DOMICILIO:	**KR 24A 33 23 SUR**			**CIUDAD:**	**BOGOTA**
BANCO AL CUAL CONSIGNAR:	**BANCO DAVIVIENDA S.A.**	**TIPO DE CUENTA:**	**AHORROS**	**N° CUENTA:**	**8480334880**
DATOS DEL CONTRATO O ADICION Y PERIODO OBJETO DE PAGO					
Nº DEL CONTRATO:	**PS 1204 2026**	**VALOR CORRESPONDIENTE AL PERIODO OBJETO DE COBRO**			**$ 2.428.120**
FECHA DE INICIO CONTRATO	**2026/02/02**	**FECHA DE TERMINACIÓN CONTRATO:**			**2026/07/31**
PERIODO OBJETO DE COBRO:	**DEL 2026/07/01 AL 2026/07/31**				

ADRIANA MERCEDES GUZMAN CARDENAS
PS_1204_2026_AF86A5

NOMBRE Y FIRMA DEL CONTRATISTA:
ADRIANA MERCEDES GUZMAN CARDENAS
CC: 51854325
CEL: 3197292300

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			
ADRIANA MERCEDES GUZMAN CARDENAS			
	CON C.C N°	**51.854.325**	
OBJETO DEL CONTRATO:	PRESTAR SERVICIOS COMO BACHILLER APOYO A LA GESTION II 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 1204 2026**	**FECHA INICIO CONTRATO**	**2026/02/02**
VALOR INICIAL DEL CONTRATO	$ 9.712.480	**No. HORAS EJECUTADAS**	**0**
VALOR TOTAL DEL CONTRATO INCLUIDO ADICIONES:	$ 14.568.720	**VALOR DE HONORARIOS PERÍODO A CERTIFICAR:**	$ 2.428.120
PLAZO DEL CONTRATO INCLUYENDO PRORROGAS	SEIS (6) MESES		
UNIDAD FUNCIONAL DE EJECUCIÓN DE ACTIVIDADES:	HOSPITAL SAN BLAS		
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	Realicé la transcripción de los resultados de las pruebas citológicas y/o VPH del día en el sistema institucional, asegurando fidelidad y exactitud en la información.
2	Archivé los protocolos y resultados de laboratorio en las carpetas asignadas, siguiendo los lineamientos establecidos en la normatividad vigente sobre gestión documental.
3	Atendí al público de manera presencial y telefónica, orientando sobre la entrega de resultados y resolviendo inquietudes relacionadas con los servicios del laboratorio.
4	Reporté al supervisor una novedad presentada durante la recepción de muestras, informando que uno de los protocolos llegó sin los datos completos del paciente.
5	Utilicé de manera racional los insumos de papelería y cuidé el equipo de cómputo asignado para el cumplimiento de mis actividades diarias.
6	Desarrollé mis actividades asignadas en la Unidad de Servicios de Salud San Blas, según lo indicado por el supervisor y conforme al formato de necesidad de personal.

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° 1082593912	OPERADOR:	SIMPLE

CONCEPTO DEL PAGO	ENTIDAD	FECHA DE PAGO	VALOR PAGADO
SALUD:	SANITAS	2026/07/01	$ 218.900
PENSIÓN:	SIN DATO	2026/07/01	$ 0
RIESGOS LABORALES:	SURA	2026/07/01	$ 42.700
OTRO			

TOTAL PAGADO	$ 261.600

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	*ADRIANA MERCEDES GUZMAN CARDENAS* *PS_1204_2026_AF86A5* **ADRIANA MERCEDES GUZMAN CARDENAS** **CC: 51854325**
FIRMA DE QUIEN VALIDA	*CATHERINE LUGO CRISTIANO* *PS_1204_2026_AF86A5* **CATHERINE LUGO CRISTIANO** **SUPERVISOR ALTERNO**
FIRMA DE QUIEN CONVALIDA EL CUMPLIMIENTO DE LAS OBLIGACIONES PARA EL PRESENTE PERIODO DE PAGO	*MARIANO ALEJANDRO DE JESUS ORTEGA LONDOÑO* *PS_1204_2026_AF86A5* **MARIANO ALEJANDRO DE JESUS ORTEGA LONDOÑO** **SUPERVISOR DEL CONTRATO**

PAGOSIMPLE | REPORTE INDIVIDUAL

Fecha creación reporte 2026-07-30, 11:19:24 AM **Tipo Planilla** I **Número Planilla** 1082593912 **Referencia pago(PIN)** 8840734330

Periodo Cotización 202606 **Periodo Servicio** 202606

Cliente:

PAGADA 2026-07-01 EN HORARIO EXTENDIDO

I. DATOS DEL APORTANTE

Razón Social	ADRIANA MERCEDES GUZMAN CARDENAS				
Documento	CC 51854325	**Dirección**	CR 24A #33 - 23 SUR		
Tipo de Empresa	INDEPENDIENTE	**Teléfono**	3197292300		
Tipo Persona	NATURAL	**Forma Presentación**	ÚNICO	**Total Afiliados**	1
Ciudad	BOGOTA D.C.	**Departamento**	BOGOTA D.C.		
Representante Legal		**Identificación**			

II. DATOS DEL AFILIADO

Documento	CC 51854325		Residente		Exonerado	N	**Apellidos y Nombres**	**Código Ciudad - Departamento**	**Centro de Trabajo**	**Ubicación Laboral**
Tipo Cotizante	59	04					GUZMAN CARDENAS ADRIANA MERCEDES	11001000 - 11		BOGOTA D.C.

III. APORTE POR CADA UNA DE LAS ADMINISTRADORAS ASOCIADAS AL AFILIADO:

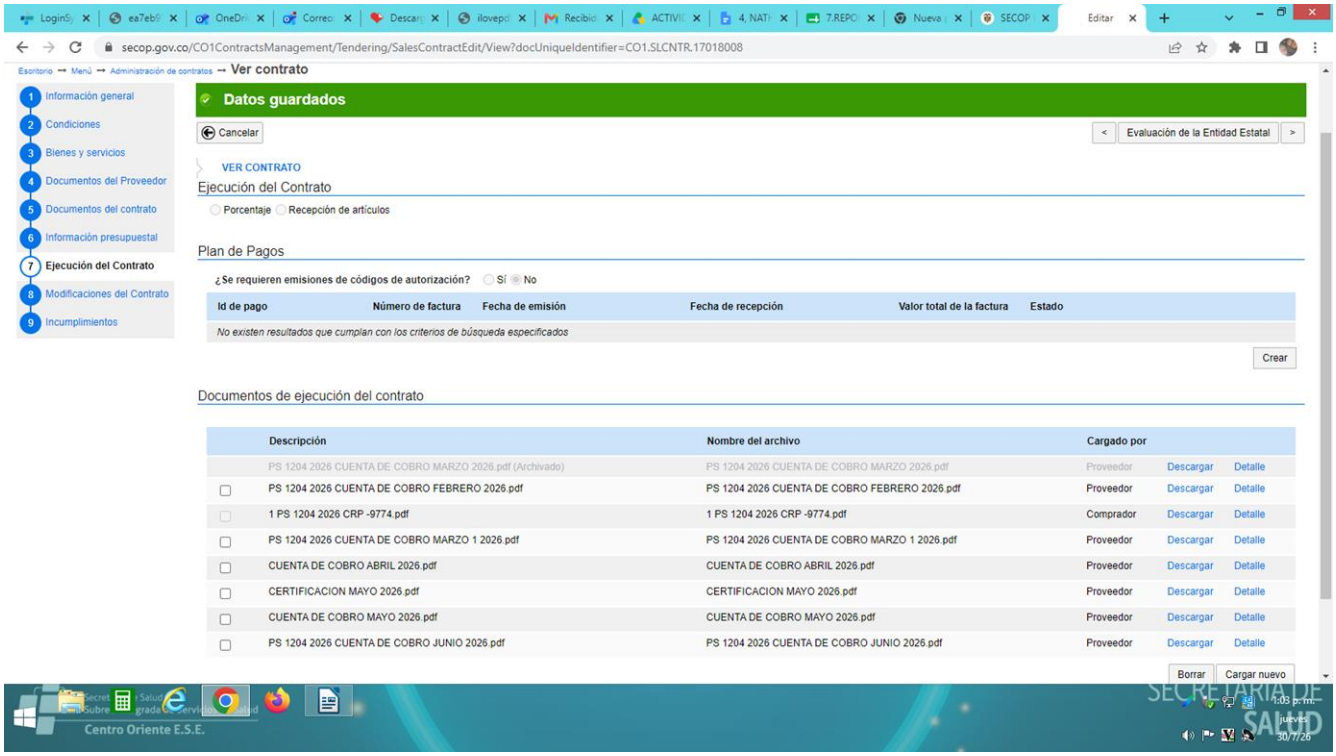
Novedades																					Extranjero	Tipo salario	Salario	Pensión							Salud						Riesgos					Caja				Parafiscales			
ING	RET	TDE	TAE	TDP	TAP	VSP	COR	VST	SLN	IGE	LMA	VAC	AVP	VCT	IRP	Días AFP	Días EPS	Días ARP	Días CCF				Código AFP	Código Tras. AFP	Tarifa AFP	IBC	Total Aporte AFP	Total Aporte FSP	Total Aporte FSPS	Código EPS	Código Tras. EPS	Tarifa EPS	IBC EPS	Aporte Salud	Aporte UPC	Código ARL	Clase Riesgo	Tarifa ARL	IBC ARL	Aporte Riesgos	Código CCF	Tarifa CCF	IBC CCF	Aporte Caja	Tarifa SENA	Aporte SENA	Tarifa ICBF	Aporte ICBF
															0	0	30	30	30			$ 1.750.905	NIN-AF		0 %	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	EPS005		12,5 %	$ 1.750.905	$ 218.900	$ 0	14-11	3	2,436 %	$ 1.750.905	$ 42.700	CCF24	0,6 %	$ 1.750.905	$ 10.600	0 %	$ 0	0 %	$ 0

IV.TOTALES

Total Aportes Pensión	Total Aportes FSP	Total Aportes FSPS	Total Aportes Salud	Total Aportes Riesgos	Total Aportes Cajas	Total Aportes SENA	Total Aportes ICBF	Total Aportes ESAP	Total Aportes MEN	Total Final
NINGUNA AFP	FSP SOLIDARIDAD	FSP SUBSISTENCIA	EPS SANITAS	ARL SURA	COMPENSAR CCF	SENA	ICBF	ESAP	MEN	
$ 0	$ 0	$ 0	$ 218.900	$ 42.700	$ 10.600	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 272.200

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!


secop.gov.co/CO1ContractsManagement/Tendering/SalesContractEdit/View?docUniqueIdentifier=CO1.SLCNTR.17018008
Escritorio → Menú → Administración de contratos → Ver contrato
1 Información general
2 Condiciones
3 Bienes y servicios
4 Documentos del Proveedor
5 Documentos del contrato
6 Información presupuestal
7 Ejecución del Contrato
8 Modificaciones del Contrato
9 Incumplimientos
Datos guardados
Cancelar
< Evaluación de la Entidad Estatal >
VER CONTRATO
Ejecución del Contrato
Porcentaje Recepción de artículos
Plan de Pagos
¿Se requieren emisiones de códigos de autorización? Sí No
Id de pago Número de factura Fecha de emisión Fecha de recepción Valor total de la factura Estado
No existen resultados que cumplan con los criterios de búsqueda especificados
Crear
Documentos de ejecución del contrato
Descripción Nombre del archivo Cargado por
PS 1204 2026 CUENTA DE COBRO MARZO 2026.pdf (Archivado) PS 1204 2026 CUENTA DE COBRO MARZO 2026.pdf Proveedor Descargar Detalle
PS 1204 2026 CUENTA DE COBRO FEBRERO 2026.pdf PS 1204 2026 CUENTA DE COBRO FEBRERO 2026.pdf Proveedor Descargar Detalle
1 PS 1204 2026 CRP -9774.pdf 1 PS 1204 2026 CRP -9774.pdf Comprador Descargar Detalle
PS 1204 2026 CUENTA DE COBRO MARZO 1 2026.pdf PS 1204 2026 CUENTA DE COBRO MARZO 1 2026.pdf Proveedor Descargar Detalle
CUENTA DE COBRO ABRIL 2026.pdf CUENTA DE COBRO ABRIL 2026.pdf Proveedor Descargar Detalle
CERTIFICACION MAYO 2026.pdf CERTIFICACION MAYO 2026.pdf Proveedor Descargar Detalle
CUENTA DE COBRO MAYO 2026.pdf CUENTA DE COBRO MAYO 2026.pdf Proveedor Descargar Detalle
PS 1204 2026 CUENTA DE COBRO JUNIO 2026.pdf PS 1204 2026 CUENTA DE COBRO JUNIO 2026.pdf Proveedor Descargar Detalle
Borrar Cargar nuevo
Centro Oriente E.S.E.
SECRETARÍA DE SALUD