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: (31-08-2026)					
NOMBRES Y APELLIDOS:	**ZULEIMA YARENNIS CRUZ GUTIERREZ**			**CC:**	**1074131608**
CORREO ELECTRÓNICO:	**ZULE0203@HOTMAIL.COM**			**TELÉFONO:**	**3124162860**
DIRECCIÓN DOMICILIO:	**KR 11 N° 67D - 81 SUR**			**CIUDAD:**	**BOGOTA**
BANCO AL CUAL CONSIGNAR:	**BANCO DAVIVIENDA S.A.**	**TIPO DE CUENTA:**	**AHORROS**	**N° CUENTA:**	**488416090410**
DATOS DEL CONTRATO O ADICION Y PERIODO OBJETO DE PAGO					
Nº DEL CONTRATO:	**PS 1402 2026**	**VALOR CORRESPONDIENTE AL PERIODO OBJETO DE COBRO**			**$ 7.922.720**
FECHA DE INICIO CONTRATO	**2026/02/02**	**FECHA DE TERMINACIÓN CONTRATO:**			**2026/08/31**
PERIODO OBJETO DE COBRO:	**DEL 2026/08/01 AL 2026/08/31**				

ZULEIMA YARENNIS CRUZ GUTIERREZ
PS_1402_2026_2567B8

NOMBRE Y FIRMA DEL CONTRATISTA:
ZULEIMA YARENNIS CRUZ GUTIERREZ
CC: 1074131608
CEL: 3124162860

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			
ZULEIMA YARENNIS CRUZ GUTIERREZ			
	CON C.C N°	**1.074.131.608**	
OBJETO DEL CONTRATO:	PRESTAR SERVICIOS COMO MEDICO GENERAL PARA DESARROLLAR ACTIVIDADES EN LA DIRECCION DE SERVICIOS HOSPITALARIOS-MEDICINA DE LA SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E.		
CONTRATO DE PRESTACION DE SERVICIOS PROFESIONALES No.	**PS 1402 2026**	**FECHA INICIO CONTRATO**	**2026/02/02**
VALOR INICIAL DEL CONTRATO	$ 28.338.960	**No. HORAS EJECUTADAS**	**208**
VALOR TOTAL DEL CONTRATO INCLUIDO ADICIONES:	$ 52.259.480	**VALOR DE HONORARIOS PERÍODO A CERTIFICAR:**	$ 7.922.720
PLAZO DEL CONTRATO INCLUYENDO PRORROGAS	SIETE (7) MESES		
UNIDAD FUNCIONAL DE EJECUCIÓN DE ACTIVIDADES:	HOSPITAL SAN BLAS		
NOMBRE DEL SUPERVISOR:	XIMENA ANDREA GARAVITO HIGUERA		

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 las actividades, procedimientos diagnosticos y terapeuticos determinados dentro del plan de manejo, con un alto nivel cientifico, etico y humano, de una manera oportuna y pertinente, en correspondencia con las necesidades de los pacientes, y teniendo en cuenta que todas las decisiones clinicas generadas en la atencion medica procuraran el mejoramiento de la salud del paciente.
2	Brindar una atencion en salud con oportunidad, integridad, suficiencia y pertinencia, en un ambiente de atencion personalizada y humanizada, cumpliendo el principio de equidad y con enfasis en actividades, procedimientos, protocolos, intervenciones y guias de atencion, de acuerdo a los estandares de habilitacion y acreditacion.
3	Realizar las actividades segun las necesidades de la subred dando cubertura en todas las unidades en donde se presta el servicio y sea requerido.
4	Informar al paciente y su familia sobre la condicion clinica, plan de manejo, atencion y recomendaciones de egreso, generando un alto grado de satisfaccion sobre los servicios prestados, resolviendo inquietudes relacionadas con el proceso de atencion. Informar al paciente y su familia sobre la condicion clinica, plan de manejo, atencion y recomendaciones de egreso, generando un alto grado de satisfaccion sobre los servicios prestados, resolviendo inquietudes relacionadas con el proceso de atencion.
5	Diligenciar los registros de las atenciones, procedimientos, actividades e intervenciones, que permita mantener actualizados los informes estadisticos definidos por la normatividad vigente y todos aquellos registros necesarios para el cumplimiento de los procesos de costos y facturacion.
6	Realizar el seguimiento y control a pacientes en los que se requiera su participacion e impartir instrucciones al equipo de salud sobre los procedimientos ordenados.
7	Emitir conceptos medicos que se requieran, realizar resumenes de historia clinica, epicrisis u otros documentos asistenciales o administrativos que sean solicitados.
8	Diligenciar en forma completa, oportuna, sistematizada y legible (en los casos en que se presenten fallas del sistema), los formatos, la historias clinicas, consentimiento informado, reportes de estudios y demas registros propios de su actuar, de acuerdo a lo establecido en la normatividad vigente, los procedimientos de auditoria y demas directrices relacionadas con el manejo de historias clinicas y respaldando todas las actuaciones realizadas al paciente con la firma
9	Reportar al area de recursos fisicos activos fijos de la subred, los equipos de propiedad del contratista, que se destine a las actividades asistenciales
10	Apoyar la elaboracion de respuestas a reclamaciones y requerimientos que se presenten en desarrollo de la atencion que se obliga a prestar a los usuarios o pacientes que demanden el servicio.
11	Cantidad de horas realizadas en el proceso: 208 horas en el mes de agosto.

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 (2026-08-01) AL (2026-08-31)

IV. INFORMACIÓN DE APORTES A SEGURIDAD SOCIAL

No. DE PLANILLA:	N° 9508090184-9510254467	OPERADOR:	APORTES EN LINEA

CONCEPTO DEL PAGO	ENTIDAD	FECHA DE PAGO	VALOR PAGADO
SALUD:	COMPENSAR	2026/08/27	$ 373.800
PENSIÓN:	COLFONDOS	2026/08/27	$ 478.400
RIESGOS LABORALES:	SURA	2026/08/27	$ 72.900
OTRO			
TOTAL PAGADO			$ 925.100

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	*ZULEIMA YARENNIS CRUZ GUTIERREZ* *PS_1402_2026_2567B8* **ZULEIMA YARENNIS CRUZ GUTIERREZ** **CC: 1074131608**
FIRMA DE QUIEN VALIDA	*DEISY YANETH HENAO VILLALOBOS* *PS_1402_2026_2567B8* **DEISY YANETH HENAO VILLALOBOS** **SUPERVISOR ALTERNO**
FIRMA DE QUIEN CONVALIDA EL CUMPLIMIENTO DE LAS OBLIGACIONES PARA EL PRESENTE PERIODO DE PAGO	*XIMENA ANDREA GARAVITO HIGUERA* *PS_1402_2026_2567B8* **XIMENA ANDREA GARAVITO HIGUERA** **SUPERVISOR DEL CONTRATO**

aportes en línea

Resumen General de Pago

DATOS GENERALES DEL APORTANTE

Identificación	dv	Razon Social	Clase Aportante	Sucursal Principal	Direccion	Ciudad-Departamento	Teléfono	Exonerado SENA e ICBF
CC 1074131608		CRUZ GUTIERREZ ZULEIMA YARENNIS	INDEPENDIENTE	PRINCIPAL	carrera 11 67D-81 sur	BOGOTA-BOGOTA D.E.	6598630	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	599103521	9508090184	I	2026/08/05	2026/08/27	NU	22	$912,300

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)					$2,900,000	$464,000			$2,900,000	$362,500			$0	$0			$2,900,000	$70,700		$0	$0
Centro de Trabajo: PRINCIPAL (1 Afiliados)					$2,900,000	$464,000			$2,900,000	$362,500			$0	$0			$2,900,000	$70,700		$0	$0
Ciudad: BOGOTA Depto: BOGOTA D.E. (1 Afiliados)					$2,900,000	$464,000			$2,900,000	$362,500			$0	$0			$2,900,000	$70,700		$0	$0
1	CC	1074131608	CRUZ ZULEIMA	231001	30	$2,900,000	$464,000	EPS008	30	$2,900,000	$362,500		0	$0	$0	14-11	30	$2,900,000	$70,700	0	$0	$0
Total		**Afiliados(1)**				$2,900,000	$464,000			$2,900,000	$362,500			$0	$0			$2,900,000	$70,700		$0	$0

aportes en línea

Resumen General de Pago

DATOS GENERALES DEL APORTANTE

Identificación	dv	Razon Social	Clase Aportante	Sucursal Principal	Direccion	Ciudad-Departamento	Teléfono	Exonerado SENA e ICBF
CC 1074131608		CRUZ GUTIERREZ ZULEIMA YARENNIS	INDEPENDIENTE	PRINCIPAL	carrera 11 67D-81 sur	BOGOTA-BOGOTA D.E.	6598630	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	599103521	9508090184	I	2026/08/05	2026/08/27	NU	22	$912,300

RESUMEN DE PAGO

RIESGO	CODIGO	NIT	DV	AFILIADOS	VALOR LIQUIDADO	INTERESES MORA	Fondo Solidaridad Pensional	Intereses de Mora Fondo Solidaridad	Fondo Subsistencia	Intereses de Mora Fondo Subsistencia	SALDOS E INCAPACIDADES	VAL
AFP (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$464,000	$7,800					$0	
COLFONDOS	231001	800,227,940	6	1	$464,000	$7,800	$0	$0	$0	$0	$0	
ARL (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$70,700	$1,200					$0	
ARL SURA	14-11	890,903,790	5	1	$70,700	$1,200	$0	$0	$0	$0	$0	
EPS (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$362,500	$6,100					$0	
COMPENSAR	EPS008	860,066,942	7	1	$362,500	$6,100	$0	$0	$0	$0	$0	
TOTAL				1	$897,200	$15,100	$0	$0	$0	$0	$0	

aportes en línea

Resumen General de Pago

LOR A PAGAR
$471,800
$471,800
$71,900
$71,900
$368,600
$368,600
$912,300

aportes en línea

Comprobante de Liquidación

Datos Generales Del Aportante

Identificación	dv	Razon Social	Clase Aportante	Sucursal Principal	Correo Electrónico	Ciudad-Departamento	Celular
CC 1074131608		CRUZ GUTIERREZ ZULEIMA YARENNIS	INDEPENDIENTE	PRINCIPAL	zule0203@hotmail.com	BOGOTA-BOGOTA D.E.	3124162860

Clave: 9510254467

Pague hasta	Dias de Mora	Valor Mora	Total a Pagar
2026/08/27	22	$600	$28,500
2026/08/28	23	$600	$28,500
2026/08/31	26	$700	$28,600

Periodo Pensión: 2026-07 **Periodo Salud: 2026-07**

Riesgo	Administradoras	Afiliados	Total a Pagar
AFP	1	1	$14,700
COLFONDOS		1	$14,700
ARL	1	1	$2,300
ARL SURA		1	$2,300
EPS	1	1	$11,500
COMPENSAR		1	$11,500
SUBTOTAL			$28,500
TOTAL			$28,500

Canales de Pago

BANCARIOS

Banco AV Villas · Banco de Occidente · Banco de Bogotá

NO BANCARIOS

Efecty · éxito · SURTIMAX · Carulla

Cajas registradoras de los almacenes
Monto máximo por transacción $9.999.999

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 1074131608		CRUZ GUTIERREZ ZULEIMA YARENNIS	INDEPENDIENTE	PRINCIPAL	carrera 11 67D-81 sur	BOGOTA-BOGOTA D.E.	6598630	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		9510254467	N	2026/08/05			22	

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	Codigo	Dias	Codigo	Dias	Codigo	Dias	Tarifa	Dias	Exonerado SENA e ICBF
SUCURSAL: PRINCIPAL (1 Afiliados)																																
Centro de Trabajo: PRINCIPAL (1 Afiliados)																																
Ciudad: BOGOTA Depto: BOGOTA D.E. (1 Afiliados)																																
1	CC	1074131608	CRUZ ZULEIMA									A			▫	▫						231001	30	EPS008	30		0	14-11	30	2.436%	0	No
2	CC	1074131608	CRUZ ZULEIMA									C	X									231001	30	EPS008	30		0	14-11	30	2.436%	0	No
Total			**Afiliados(1)**																													

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	$14,400	$300	$0	$14,700
COLFONDOS	231001	800,227,940	6	1	$14,400	$300	$0	$14,700
ARL (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$2,200	$100	$0	$2,300
ARL SURA	14-11	890,903,790	5	1	$2,200	$100	$0	$2,300
EPS (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$11,300	$200	$0	$11,500
COMPENSAR	EPS008	860,066,942	7	1	$11,300	$200	$0	$11,500
TOTAL				**1**	**$27,900**	**$600**	**$0**	**$28,500**

Homepage

Aumentar el contraste

UTC -5 11:14:15
Zuleima Yarennis...

Configuraciones del usuario
ZULEIMA YARENNIS CRUZ GUTIERREZ
CAT: 0516181

Configuración Entidad Estatal / Proveedor

31 Jul, 2026(UTC -5) 11:14:15

Salir

Búsqueda | Mis procesos | Menú | Ir a

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

< Eva

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 1402 2026 CUENTA DE COBRO FEBRERO 2026.pdf	PS 1402 2026 CUENTA DE COBRO FEBRERO 2026.pdf	Proveedor	Descargar	Detalle
☐	COMUNICACION SUPERVISOR PS 1402 2026 24-03-2026.pdf	COMUNICACION SUPERVISOR PS 1402 2026 24-03-2026.pdf	Comprador	Descargar	Detalle
☐	1 PS 1402 2026 CRP -9820.pdf	1 PS 1402 2026 CRP -9820.pdf	Comprador	Descargar	Detalle
	PS_1402_2026_MARZO_PLANILLASS.pdf (Archivado)	PS_1402_2026_MARZO_PLANILLASS.pdf	Proveedor	Descargar	Detalle
☐	PS 1402 2026 CUENTA DE COBRO MARZO 2026.pdf	PS 1402 2026 CUENTA DE COBRO MARZO 2026.pdf	Proveedor	Descargar	Detalle
☐	PS 1402 2026 CUENTA DE COBRO ABRIL 2026.pdf	PS 1402 2026 CUENTA DE COBRO ABRIL 2026.pdf	Proveedor	Descargar	Detalle
☐	PS 1402 2026 CUENTA DE COBRO MAYO 2026.pdf	PS 1402 2026 CUENTA DE COBRO MAYO 2026.pdf	Proveedor	Descargar	Detalle
☐	PS 1402 2026 CUENTA DE COBRO JUNIO 2026.pdf	PS 1402 2026 CUENTA DE COBRO JUNIO 2026.pdf	Proveedor	Descargar	Detalle
☐	2 PS 1402 2026 CRP -15703.PDF	2 PS 1402 2026 CRP -15703.PDF	Comprador	Descargar	Detalle
☐	PS 1402 2026 CUENTA DE COBRO JULIO 2026.pdf	PS 1402 2026 CUENTA DE COBRO JULIO 2026.pdf	Proveedor	Descargar	Detalle

Borrar | Cargar nuevo

Cancelar

< Evaluación de la Entidad Estatal >

Secretaría de Salud

Subred Integrada de Servicios de Salud

Centro Oriente E.S.E.

TOTAL_CALIFICACION: 100 %

Aceptar

NOMBRES Y APELL

Pregunta requerida

DOCUMENTO DE IDENTIDAD

Pregunta requerida