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:	**CARMEN ETEL ORJUELA RAMIREZ**			**CC:**	**51899794**
CORREO ELECTRÓNICO:	**MADAMETEL@HOTMAIL.ES**			**TELÉFONO:**	**3213610240**
DIRECCIÓN DOMICILIO:	**CL 36 BIS SUR 3B 37**			**CIUDAD:**	**BOGOTA**
BANCO AL CUAL CONSIGNAR:	**BANCOLOMBIA**	**TIPO DE CUENTA:**	**AHORROS**	**N° CUENTA:**	**62459286921**
DATOS DEL CONTRATO O ADICION Y PERIODO OBJETO DE PAGO					
Nº DEL CONTRATO:	**PS 2763 2026**	**VALOR CORRESPONDIENTE AL PERIODO OBJETO DE COBRO**			**$ 3.191.160**
FECHA DE INICIO CONTRATO	**2026/02/03**	**FECHA DE TERMINACIÓN CONTRATO:**			**2026/08/31**
PERIODO OBJETO DE COBRO:	**DEL 2026/08/01 AL 2026/08/31**				

CARMEN ETEL ORJUELA RAMIREZ
PS_2763_2026_3992E7

NOMBRE Y FIRMA DEL CONTRATISTA:
CARMEN ETEL ORJUELA RAMIREZ
CC: 51899794
CEL: 3213610240

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			
CARMEN ETEL ORJUELA RAMIREZ			
	CON C.C N°	**51.899.794**	
OBJETO DEL CONTRATO:	PRESTAR SERVICIOS COMO TECNOLOGO DE APOYO A LA GESTION III PARA DESARROLLAR ACTIVIDADES EN LA OFICINA JURIDICA DE LA SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E.		
CONTRATO DE PRESTACION DE SERVICIOS PROFESIONALES No.	**PS 2763 2026**	**FECHA INICIO CONTRATO**	**2026/02/03**
VALOR INICIAL DEL CONTRATO	$ 12.764.640	**No. HORAS EJECUTADAS**	**0**
VALOR TOTAL DEL CONTRATO INCLUIDO ADICIONES:	$ 22.110.180	**VALOR DE HONORARIOS PERÍODO A CERTIFICAR:**	$ 3.191.160
PLAZO DEL CONTRATO INCLUYENDO PRORROGAS	SIETE (7) MESES		
UNIDAD FUNCIONAL DE EJECUCIÓN DE ACTIVIDADES:	CENTRO DE SALUD PERSEVERANCIA		
NOMBRE DEL SUPERVISOR:	DIANA CAROLINA BOLAÑOS PEDREROS		

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	SCANNER DE (43) SOLICITUDES X LOS COMPAÑEROS DEL EQPO DE LA OFICINA, CON UN TOTAL DE (1680) FOLIOS POR LA OFICINA DE CORRESPONDENCIA SEDE ADMINISTRATIVA CL 34, RECIBO EN FISICO (14) DOCUMENTOS: SE REVISA LA TRAZABILIDAD EN AGILSALUD Y SE ARCHIVA ELABORACION, FIRMA, SCANNER Y ENVIO DE (32) PODERES, AL CORREO DE CADA UNO DE LOS ABOGADOS IMPRESIÓN DE (42) SOLICITUDES POR LOS COMPAÑEROS DEL EQPO JURIDICA, PARA UN TOTAL DE (425) FOLIOS PARA EL TEMA DE PAGO DE SENTENCIA REORGANICE, IMPRIME, SCANIEE, Y ENTRERGUE POLIZAS, ACUERDOS, REQUERIMIENTOS PRESTADO DE (9) CARPETAS A LA DEPENDENCIA DE TESORERIA PARA EL PAGO DE SENTENCIA PRESENTAR INFORME MENSUAL DE LAS ACTIVIDADES CONTRACTUALES REALIZADAS, DILIGENCIANDO LOS FORMATOS QUE TIENEN ESTABLECIDOS Y DENTRO DEL TIEMPO EN QUE SEA SOLICITADO, HAGO ENTREGA OPORTUNA https://subredcentrooriente-

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° 8394247073	OPERADOR:	MI PLANILLA

CONCEPTO DEL PAGO	ENTIDAD	FECHA DE PAGO	VALOR PAGADO
SALUD:	COMPENSAR	2026/08/12	$ 218.861
PENSIÓN:	COLPENSIONES	2026/08/12	$ 280.142
RIESGOS LABORALES:	POSITIVA	2026/08/12	$ 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	*CARMEN ETEL ORJUELA RAMIREZ* *PS_2763_2026_3992E7* **CARMEN ETEL ORJUELA RAMIREZ** **CC: 51899794**
FIRMA DE QUIEN CONVALIDA EL CUMPLIMIENTO DE LAS OBLIGACIONES PARA EL PRESENTE PERIODO DE PAGO	*DIANA CAROLINA BOLAÑOS PEDREROS* *PS_2763_2026_3992E7* **DIANA CAROLINA BOLAÑOS PEDREROS** **SUPERVISOR DEL CONTRATO**