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:	**VALENTINA MOLANO SANCHEZ**			**CC:**	**1023030910**
CORREO ELECTRÓNICO:	**VALE.TINAMOLANO26@GMAIL.COM**			**TELÉFONO:**	**3108845077**
DIRECCIÓN DOMICILIO:	**CL 137 SUR 14B 44**			**CIUDAD:**	**BOGOTA**
BANCO AL CUAL CONSIGNAR:	**BANCO DE BOGOTA**	**TIPO DE CUENTA:**	**AHORROS**	**N° CUENTA:**	**165563552**
DATOS DEL CONTRATO O ADICION Y PERIODO OBJETO DE PAGO					
Nº DEL CONTRATO:	**PS 1017 2026**	**VALOR CORRESPONDIENTE AL PERIODO OBJETO DE COBRO**			**$ 3.952.360**
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**				

VALENTINA MOLANO SANCHEZ
PS_1017_2026_55C704

NOMBRE Y FIRMA DEL CONTRATISTA:
VALENTINA MOLANO SANCHEZ
CC: 1023030910
CEL: 3108845077

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			
VALENTINA MOLANO SANCHEZ			
	CON C.C N°	**1.023.030.910**	
OBJETO DEL CONTRATO:	PRESTAR SERVICIOS COMO PROFESIONAL UNIVERSITARIO IV 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 1017 2026**	**FECHA INICIO CONTRATO**	**2026/02/01**
VALOR INICIAL DEL CONTRATO	$ 15.809.440	**No. HORAS EJECUTADAS**	**0**
VALOR TOTAL DEL CONTRATO INCLUIDO ADICIONES:	$ 23.714.160	**VALOR DE HONORARIOS PERÍODO A CERTIFICAR:**	$ 3.952.360
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 apoyo a la Dirección de Contratación en la creación de los expedientes contractuales de las modificaciones de (76) contratos de bienes y servicios, realizando seguimiento en la plataforma de Colombia Compra Eficiente-SECOP I y SECOP II de la firma y publicación de los contratos. - Carpeta Actividad 1, Base Modificación de contratos. Soporte plataforma de Colombia Compra Eficiente SECOP
2	Se apoyo en la proyección y tramite de las respuestas de los siguientes requerimientos asignados a la Dirección de Contratación: - Soporte carpeta digital CD: Carpeta Actividad 2, copia de correo electrónico. Carpeta de Respuestas. Soporte correo institucional apoyoprofesionaljuridico2@subredcentrorientegov.co 1. SISSCO-2026-PQ-004680 PUNTO 1 2. RTA No. SISSCO-2026-PQ-004680 SDGPC 4940372026 3. SISSCO-2026-CE-015749 4. Solicitud de información AEF148-2026 CONTRALORIA
3	1. Se apoyo en la consolidación y actualización de la base de datos de contratos consolidado de bienes y servicios de la Entidad. 2. 1. Se apoyo en la consolidación y actualización de la base de datos modificación de contratos de bienes y servicios de la Entidad. Carpeta Actividad 3, copia de correo electrónico y base Excel del informe. 3. Se apoyo en la consolidación y actualización de la base de datos de ordenes de compra de la Entidad.
4	Se apoyo en la elaboración de los siguientes informes de acuerdo a lo requerido en la necesidad del servicio por la Dirección de Contratación: - Soporte carpeta digital CD: Carpeta Actividad 4, copia de correo electrónico y base Excel del informe. Soporte correo institucional apoyoprofesionaljuridico2@subredcentrorientegov.co 1. Informe SIVICOF JUNIO
5	Se apoyo en la proyección y tramite de las respuestas de los siguientes requerimientos asignados a la Dirección de Contratación: - Soporte carpeta digital CD: Carpeta Actividad 2, copia de correo electrónico. Carpeta de Respuestas. Soporte correo institucional apoyoprofesionaljuridico2@subredcentrorientegov.co 1. SISSCO-2026-PQ-004680 PUNTO 1 2. RTA No. SISSCO-2026-PQ-004680 SDGPC 4940372026 3. Solicitud de información AEF148-2026 CONTRALORIA
6	1. Solicitud Rp JULIO 2. ANEXO 5 3. SOPORTE JUNTA PROCESOS 4. COMUNICADO DE DESIGNACION DE SUPERVISION 5. MODIFICACIONES 8. RELACION CONTRATOS MEDICAMENTOS 9. ACUERDOS DE JUNTA 10. PROYECCIÓN CONTRATOS 11. DEMAS ACTIVIDADES SOLICITADAS

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° 1083560310	OPERADOR:	SIMPLE

CONCEPTO DEL PAGO	ENTIDAD	FECHA DE PAGO	VALOR PAGADO
SALUD:	SANITAS	2026/07/10	$ 218.861
PENSIÓN:	COLFONDOS	2026/07/10	$ 280.142
RIESGOS LABORALES:	SEGUROS BOLIVAR	2026/07/10	$ 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	*VALENTINA MOLANO SANCHEZ* *PS_1017_2026_55C704* **VALENTINA MOLANO SANCHEZ** **CC: 1023030910**
FIRMA DE QUIEN CONVALIDA EL CUMPLIMIENTO DE LAS OBLIGACIONES PARA EL PRESENTE PERIODO DE PAGO	*CARMENZA JAIMINA MANOTAS BUENO* *PS_1017_2026_55C704* **CARMENZA JAIMINA MANOTAS BUENO** **SUPERVISOR DEL CONTRATO**

PAGOSIMPLE | REPORTE INDIVIDUAL

Fecha creación reporte 2026-07-10, 11:52:05 AM **Tipo Planilla** I **Número Planilla** 1083560310

Periodo Cotización 202606 **Periodo Servicio** 202606

Cliente:

PAGADA 2026-07-10

I. DATOS DEL APORTANTE

Razón Social	VALENTINA MOLANO SANCHEZ				
Documento	CC 1023030910	**Dirección**	CL 137 SUR #3 A - 44 USME		
Tipo de Empresa	INDEPENDIENTE	**Teléfono**	3108845077		
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 1023030910		Residente		Exonerado	N	**Apellidos y Nombres**	**Código Ciudad - Departamento**	**Centro de Trabajo**	**Ubicación Laboral**
Tipo Cotizante	59	00					MOLANO SANCHEZ VALENTINA	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	30	30	30	0			$ 1.557.360	231001		16 %	$ 1.750.905	$ 280.200	$ 0	$ 0	EPS005		12,5 %	$ 1.750.905	$ 218.900	$ 0	14-7	3	2,436 %	$ 1.750.905	$ 42.700	NIN-CC	0 %	$ 0	$ 0	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
COLFONDOS	FSP SOLIDARIDAD	FSP SUBSISTENCIA	EPS SANITAS	SEGUROS BOLIVAR	NINGUNA CCF	SENA	ICBF	ESAP	MEN	
$ 280.200	$ 0	$ 0	$ 218.900	$ 42.700	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 541.800

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!