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: (30-09-2026)					
NOMBRES Y APELLIDOS:	**KATY MARCELA ANAYA ESCOBAR**			**CC:**	**1038099134**
CORREO ELECTRÓNICO:	**KAJOR1020@GMAIL.COM**			**TELÉFONO:**	**3229155269**
DIRECCIÓN DOMICILIO:	**CL 58C SUR 87 16**			**CIUDAD:**	**BOGOTA**
BANCO AL CUAL CONSIGNAR:	**BANCOLOMBIA**	**TIPO DE CUENTA:**	**AHORROS**	**N° CUENTA:**	**04500018271**
DATOS DEL CONTRATO O ADICION Y PERIODO OBJETO DE PAGO					
Nº DEL CONTRATO:	**PS 7501 2025**	**VALOR CORRESPONDIENTE AL PERIODO OBJETO DE COBRO**			**$ 445.206**
FECHA DE INICIO CONTRATO	**2025/10/09**	**FECHA DE TERMINACIÓN CONTRATO:**			**2026/10/31**
PERIODO OBJETO DE COBRO:	**DEL 2026/09/01 AL 2026/09/30**				

KATY MARCELA ANAYA ESCOBAR
PS_7501_2025_2508D4

NOMBRE Y FIRMA DEL CONTRATISTA:
KATY MARCELA ANAYA ESCOBAR
CC: 1038099134
CEL: 3229155269

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

KATY MARCELA ANAYA ESCOBAR

CON C.C N° **1.038.099.134**

OBJETO DEL CONTRATO:	PRESTAR SERVICIOS DE APOYO A LA GESTION COMO GESTOR TECNICO MAS BIENESTAR PARA DESARROLLAR ACTIVIDADES EN LA DIRECCI?N DE GESTI?N INTEGRAL DEL RIESGO EN SALUD DE LA SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E PARA EL DESARROLLO DEL CONVENIO MAS BIENESTAR

CONTRATO DE PRESTACION DE SERVICIOS PROFESIONALES No.	**PS 7501 2025**	**FECHA INICIO CONTRATO**	**2025/10/09**
VALOR INICIAL DEL CONTRATO	$ 2.285.280	**No. HORAS EJECUTADAS**	**1**
VALOR TOTAL DEL CONTRATO INCLUIDO ADICIONES:	$ 42.118.194	**VALOR DE HONORARIOS PERÍODO A CERTIFICAR:**	$ 445.206
PLAZO DEL CONTRATO INCLUYENDO PRORROGAS	TRECE (13) MESES		
UNIDAD FUNCIONAL DE EJECUCIÓN DE ACTIVIDADES:	CENTRO DE SALUD PRIMERO DE MAYO		
NOMBRE DEL SUPERVISOR:	LIDA ESPERANZA MONTENEGRO PARRA		

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	Cuenta de cobro correspondiente a indexación del periodo comprendido entre enero a agosto de 2026.

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 (2026-09-01) AL (2026-09-30)

IV. INFORMACIÓN DE APORTES A SEGURIDAD SOCIAL

No. DE PLANILLA:	N° 8394588877	OPERADOR:	MI PLANILLA

CONCEPTO DEL PAGO	ENTIDAD	FECHA DE PAGO	VALOR PAGADO
SALUD:	COMPENSAR	2026/09/14	$ 218.900
PENSIÓN:	PORVENIR	2026/09/14	$ 280.200
RIESGOS LABORALES:	SURA	2026/09/14	$ 42.700
OTRO			
TOTAL PAGADO			$ 541.800

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	*KATY MARCELA ANAYA ESCOBAR* *PS_7501_2025_2508D4* **KATY MARCELA ANAYA ESCOBAR** **CC: 1038099134**
FIRMA DE QUIEN VALIDA	*LUZ ADRIANA CALDERON RAMIREZ* *PS_7501_2025_2508D4* **LUZ ADRIANA CALDERON RAMIREZ** **SUPERVISOR ALTERNO**
FIRMA DE QUIEN CONVALIDA EL CUMPLIMIENTO DE LAS OBLIGACIONES PARA EL PRESENTE PERIODO DE PAGO	*LIDA ESPERANZA MONTENEGRO PARRA* *PS_7501_2025_2508D4* **LIDA ESPERANZA MONTENEGRO PARRA** **SUPERVISOR DEL CONTRATO**

Compensar operador de información certifica que procesó el pago realizado por:

Señor(a): KATY MARCELA ANAYA ESCOBAR
No. Identificación: CC1038099134
Dirección: CLL58C SUR 87 10
Telefono: 3229155269
Correo: kajor1020@gomail.com
Ciudad: BOGOTÁ, D.C.
Número de Planilla: 8394588877

CITE EL NÚMERO DE PLANILLA PARA CUALQUIER CONSULTA DE PAGO

Nombre Aportante	KATY MARCELA ANAYA ESCOBAR	**Número de Empleados**	1
Tipo y número de identificación	CC1038099134	**Periodo de Cotización Salud**	agosto de 2026
Número de planilla	8394588877	**Periodo de Cotización Pensión**	agosto de 2026
Fecha pago	2026-09-14	**Número de Administradoras**	3
Número de autorización pago	93005476	**Total Pagado**	544300
Banco	1023	**Total Intereses de Mora**	2500

PAGADA
8394588877

CÓDIGO ADMINISTRADORA	NOMBRE	TOTAL PAGADO	NÚMERO DE AFILIADOS
14-11	ARL SURA	42900	1
230301	Porvenir	281500	1
EPS008	Compensar EPS	219900	1

TIPO DOC.: CC
NO. DOCUMENTO: 1038099134
APELLIDOS Y NOMBRES: KATY MARCELA ANAYA ESCOBAR

Cód. EPS	Cód. AFP	IBC SALUD	IBC PENSIÓN	IBC RIESGOS	IBC CAJAS	COTIZACIÓN SALUD	VALOR UPC	COTIZACIÓN PENSIÓN	FONDO SOLIDARIDAD Y SUBSISTENCIA	COTIZACIÓN RIESGOS	APORTE CAJAS
EPS008	230301	1750905	1750905	1750905	0	218900	0	280200	0	42700	0

Este documento está clasificado como PRIVADO por parte de Compensar Operador de Información

EFECTIVO LTDA.
NIT: 830.131.993-1

ORDEN DE SERVICIO

N. OS: 9658644373 DV: 771709
Cliente:113237 PLANILLAS AVAL Aportes en Linea Arus Compensar Asopagos Simple Mi Plan
Fecha: 11/09/2026 16:16:42
PAP: 918618
Nombre: MMM
Apellido 1: MMM
NUM PLANILLA: 8394588877
TIPO DE IDENTIFICACION: CEDULA DE CIUDADANIA
NUMERO IDENTIFICACION: 1038099134
PERIODO: 202608
Referencia: 8394588877Valor: $544.300,00

Valor recibido: $544.300,00

Aplica condiciones particulares con el cliente beneficiario
Conserve este recibo, es el unico soporte valido para atender cualquier reclamacion.
Para reclamaciones presente este recibo: Tel. (1) 6510101.
Celular: 300 913 9161
WhatsApp Efecty: 321 235 5316
servicioalcliente@efecty.com.co.
www.efecty.com.co

Powered by CamScanner

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

VER CONTRATO

Ejecución del contrato

Porcentaje Recepción de artículos

Factura del contrato

¿Se necesita autorización de registro? Si No

ID de pago	Número de factura	Fecha de asunto	Fecha de recepción	Valor total de la factura	E

No existen resultados que cumplan con los criterios de búsqueda especificados

Documentos de ejecución del contrato

Descripción	Nombre del archivo
PS_7501_2025_CUENTA_DE_COBRO_OCTUBRE_2025.pdf	PS_7501_2025_CUENTA_DE_COBRO_OCTUBRE_2025.pdf
PS_7501_2025_CUENTA_DE_COBRO_NOVIEMBRE.pdf (Archivado)	PS_7501_2025_CUENTA_DE_COBRO_NOVIEMBRE.pdf
PS_7501_2025_CUENTA_DE_COBRO_NOVIEMBRE_2025.pdf	PS_7501_2025_CUENTA_DE_COBRO_NOVIEMBRE_2025.pdf
PS_7501_2025_CUENTA_DE_COBRO_DICIEMBRE_2025.pdf (Archivado)	PS_7501_2025_CUENTA_DE_COBRO_DICIEMBRE_2025.pdf
PS_7501_2025_CUENTA_DE_COBRO_DIC_2025.pdf	PS_7501_2025_CUENTA_DE_COBRO_DIC_2025.pdf
PS_7501_2025_CUENTA_DE_COBRO_ENERO_2026.pdf.pdf	PS_7501_2025_CUENTA_DE_COBRO_ENERO_2026.pdf.pdf
PS_7501_2025_CUENTA_COBRO_FEBRERO_2026.pdf	PS_7501_2025_CUENTA_COBRO_FEBRERO_2026.pdf
PS_7501 _2025_CUENTA_DE_COBRO_MARZO_2026.pdf	PS_7501 _2025_CUENTA_DE_COBRO_MARZO_2026.pdf
COMUNICACION SUPERVISOR PS 7501 2025 8-5-26.pdf	COMUNICACION SUPERVISOR PS 7501 2025 8-5-26.pdf
PS_7501_2025_CUENTA_DE_COBRO_ABRIL_2026.pdf	PS_7501_2025_CUENTA_DE_COBRO_ABRIL_2026.pdf
PS_7501_2025_CUENTA_DE_COBRO_MAYO_2026 pdf	PS_7501_2025_CUENTA_DE_COBRO_MAYO_2026 (2).pdf
PS_7501 _2025_CUENTA_DE_COBRO_MARZO_2026 (1).pdf (Archivado)	PS_7501 _2025_CUENTA_DE_COBRO_MARZO_2026 (1).pdf
PS_7501_2025_CUENTA_DE_COBRO_ADICIONALES_MAYO_2026.pdf	PS_7501_2025_CUENTA_DE_COBRO_ADICIONALES_MAYO_2026.pdf
PS_7501_2025_CUENTA_DE_COBRO_JUNIO_2026.pdf	PS_7501_2025_CUENTA_DE_COBRO_JUNIO_2026.pdf.pdf
PS_7501_2025_CUENTA_DE_COBRO_JULIO_2026.pdf	PS_7501_2025_CUENTA_DE_COBRO_JULIO_2026.pdf
PS_7501_2025_CUENTA_DE_COBRO_AGOSTO_2026.pdf	PS_7501_2025_CUENTA_DE_COBRO_AGOSTO_2026.pdf

Cancelar