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:	**DIANA VERONICA ROMERO CARO**			**CC:**	**1015422382**
CORREO ELECTRÓNICO:	**DIANAVERONIK88@GMAIL.COM**			**TELÉFONO:**	**3186084839**
DIRECCIÓN DOMICILIO:	**CL 79 BIS 62 48**			**CIUDAD:**	**BOGOTA**
BANCO AL CUAL CONSIGNAR:	**BANCO DE BOGOTA**	**TIPO DE CUENTA:**	**AHORROS**	**N° CUENTA:**	**102605979**
DATOS DEL CONTRATO O ADICION Y PERIODO OBJETO DE PAGO					
Nº DEL CONTRATO:	**PS 1498 2026**	**VALOR CORRESPONDIENTE AL PERIODO OBJETO DE COBRO**			**$ 2.873.100**
FECHA DE INICIO CONTRATO	**2026/02/03**	**FECHA DE TERMINACIÓN CONTRATO:**			**2026/10/31**
PERIODO OBJETO DE COBRO:	**DEL 2026/09/01 AL 2026/09/30**				

DIANA VERONICA ROMERO CARO
PS_1498_2026_85FD6D

NOMBRE Y FIRMA DEL CONTRATISTA:
DIANA VERONICA ROMERO CARO
CC: 1015422382
CEL: 3186084839

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			
DIANA VERONICA ROMERO CARO			
	CON C.C N°	**1.015.422.382**	
OBJETO DEL CONTRATO:	PRESTAR SERVICIOS COMO TECNICO DE APOYO A LA GESTION III 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 1498 2026**	**FECHA INICIO CONTRATO**	**2026/02/03**
VALOR INICIAL DEL CONTRATO	$ 11.492.400	**No. HORAS EJECUTADAS**	**0**
VALOR TOTAL DEL CONTRATO INCLUIDO ADICIONES:	$ 25.570.590	**VALOR DE HONORARIOS PERÍODO A CERTIFICAR:**	$ 2.873.100
PLAZO DEL CONTRATO INCLUYENDO PRORROGAS	NUEVE (9) MESES		
UNIDAD FUNCIONAL DE EJECUCIÓN DE ACTIVIDADES:	HOSPITAL SANTA CLARA		
NOMBRE DEL SUPERVISOR:	SAUL ARDILA DURAN		

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	1: Se apoyó la coordinación y gestión de las actividades administrativas correspondientes a las diferentes direcciones y procesos asignados, contribuyendo al adecuado desarrollo de las actividades institucionales. 2 Se realizó seguimiento a la documentación requerida para la vinculación del personal, verificando el cumplimiento de los requisitos establecidos en la lista de chequeo institucional. 3 Se apoyó la planeación de las actividades necesarias para promover el adecuado desarrollo y ejecución de los contratos de prestación de servicios de las direcciones misionales asignadas. 4 Se brindó apoyo a los supervisores en el seguimiento de las actividades y recursos asociados a las órdenes de prestación de servicios asignadas. 5 Se realizó la revisión y validación de la matriz correspondiente a las adiciones y prórrogas de contratos del personal asistencial y administrativo de las diferentes unidades. 6 Se apoyó la revisión de los formatos de adición y prórroga de los contratos OPS y se gestionó su correspondiente radicación ante la Dirección de Contratación. 7 Se atendieron las necesidades administrativas derivadas de situaciones presentadas en las diferentes unidades, realizando la gestión correspondiente y comunicando oportunamente a las instancias responsables. 8 Se participó activamente en los comités convocados por las diferentes direcciones y procesos, aportando al análisis y seguimiento de los temas administrativos y asistenciales tratados. 9 Se apoyó la articulación de las acciones desarrolladas por las diferentes direcciones y procesos, facilitando la comunicación y coordinación de las actividades requeridas. 10 Se brindó acompañamiento a los entes de control cuando fue requerido, suministrando apoyo administrativo y documental de acuerdo con la pertinencia de cada solicitud. 11 Se apoyaron las actividades de supervisión y seguimiento de los contratos asignados, verificando el avance y cumplimiento de las obligaciones correspondientes. 12 Se informaron oportunamente al supervisor las novedades identificadas durante el desarrollo de las actividades contractuales, facilitando la toma de decisiones y gestión correspondiente. 13 Se realizó la citación del personal de ingreso asistencial y administrativo de acuerdo con el área correspondiente y los requerimientos establecidos para su vinculación. 14 Se atendieron las demás actividades asignadas por la autoridad competente, de acuerdo con las necesidades institucionales y el alcance del objeto contractual. 15 Se recepcionaron las cuentas de cobro correspondientes al pago mensual del personal asistencial OPS, verificando la documentación recibida y gestionando su radicación dentro de los tiempos establecidos. 16 Se gestionaron las novedades identificadas durante el procedimiento de facturación, realizando las verificaciones correspondientes y dando traslado al supervisor cuando fue pertinente. 17 Se generó y suministró información oportuna, confiable y debidamente soportada sobre los procesos de facturación, certificación y novedades de los contratos asignados. 18 Se mantuvo actualizada la base de datos correspondiente al aplicativo de generación de hojas de gasto, incorporando oportunamente la información requerida. 19 Se gestionaron los trámites documentales requeridos con los proveedores, incluyendo actas de inicio, certificaciones, auditorías, actas de liquidación y conciliaciones de saldos. 20 Se diligenció y mantuvo actualizada la base de datos de control de contratos, registrando la información correspondiente a proveedores, facturas, valores, pacientes, historias clínicas, procedimientos y hojas de gasto. 21 Se elaboraron las actas de inicio correspondientes a los contratos asignados, verificando previamente la información necesaria para su correcta formalización. 22 Se proyectaron las actas de avance, informes de supervisión y certificaciones de cumplimiento correspondientes a los contratos asignados, de acuerdo con la información disponible y los requerimientos establecidos. 23 Se proyectaron las solicitudes de adición, prórroga y modificación de los contratos asignados, teniendo en cuenta las necesidades identificadas y los requisitos establecidos. 24 Se proyectaron las actas de liquidación correspondientes a los contratos asignados, verificando la información contractual y documental necesaria para su elaboración. 25 Se realizó la revisión de las actas correspondientes, verificando la inclusión de las firmas requeridas y las copias de los documentos soporte. 26 Se mantuvo organizado el flujo documental requerido por las áreas Jurídica, Contabilidad y Cirugía, consolidando certificaciones, informes de supervisión, copias y soportes, y proyectando los respectivos oficios de entrega. 27 Se mantuvo informado al supervisor sobre las novedades, avances y movimientos relacionados con los contratos a cargo, facilitando el seguimiento y gestión oportuna de los mismos.

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° 6034747611	OPERADOR:	SOI

CONCEPTO DEL PAGO	ENTIDAD	FECHA DE PAGO	VALOR PAGADO
SALUD:	NUEVA EPS	2026/09/28	$ 218.900
PENSIÓN:	COLPENSIONES	2026/09/28	$ 280.200
RIESGOS LABORALES:	SEGUROS BOLIVAR	2026/09/28	$ 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	*DIANA VERONICA ROMERO CARO* *PS_1498_2026_85FD6D* **DIANA VERONICA ROMERO CARO** **CC: 1015422382**
FIRMA DE QUIEN CONVALIDA EL CUMPLIMIENTO DE LAS OBLIGACIONES PARA EL PRESENTE PERIODO DE PAGO	*SAUL ARDILA DURAN* *PS_1498_2026_85FD6D* **SAUL ARDILA DURAN** **SUPERVISOR DEL CONTRATO**

Agencia Nacional de Contratación Pública Colombia Compra Eficiente

Aumentar el contraste

UTC -5 22:26:05
DIANA VERÓNICA RO...

Búsqueda | Mis procesos | Menú | Ir a

Buscar...

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		
	1 PS 1498 2026 CRP -10175.pdf	1 PS 1498 2026 CRP -10175.pdf	Comprador	Descargar	Detalle
	1 PS 1498 2026 CUENTA DE COBRO FEBRERO 2026.pdf	1 PS 1498 2026 CUENTA DE COBRO FEBRERO 2026.pdf	Proveedor	Descargar	Detalle
	2 PS 1498 2026 CUENTA DE COBRO MARZO 2026.pdf	2 PS 1498 2026 CUENTA DE COBRO MARZO 2026.pdf	Proveedor	Descargar	Detalle
	3 PS 1498 2026 CUENTA DE COBRO ABRIL 2026.pdf.pdf	3 PS 1498 2026 CUENTA DE COBRO ABRIL 2026.pdf.pdf	Proveedor	Descargar	Detalle
	4 PS 1498 2026 CUENTA DE COBRO MAYO 2026.pdf	4 PS 1498 2026 CUENTA DE COBRO MAYO 2026.pdf	Proveedor	Descargar	Detalle
	2 PS 1498 2026 CRP -15769.PDF	2 PS 1498 2026 CRP -15769.PDF	Comprador	Descargar	Detalle
	5 PS 1498 2026 CUENTA DE COBRO JUNIO 2026.pdf	5 PS 1498 2026 CUENTA DE COBRO JUNIO 2026.pdf	Proveedor	Descargar	Detalle
	6 PS 1498 2026 CUENTA DE COBRO JULIO 2026.pdf	6 PS 1498 2026 CUENTA DE COBRO JULIO 2026.pdf	Proveedor	Descargar	Detalle
	7. PS 1498 2026 CUENTA DE COBRO AGOSTO 2026..pdf	7. PS 1498 2026 CUENTA DE COBRO AGOSTO 2026..pdf	Proveedor	Descargar	Detalle

Borrar Cargar nuevo

Cancelar

< Evaluación de la Entidad Estatal >

Datos guardados

PLANILLA INTEGRADA AUTOLIQUIDACIÓN APORTES
COMPROBANTE DE PAGO

Bancolombia

DATOS GENERALES DEL APORTANTE

TIPO IDENTIFICACIÓN:	CÉDULA DE CIUDADANÍA	NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN:	1015422382
NOMBRE Ó RAZÓN SOCIAL:			DIANA VERONICA ROMERO CARO
CIUDAD/MUNICIPIO:	BOGOTA DISTRITO CAPITAL	DEPARTAMENTO:	BOGOTA - DISTRITO CAPITAL
DIRECCIÓN:	CL 79 BIS 62 48	TELÉFONO:	3114682
TIPO APORTANTE:	02-INDEPENDIENTE	CLASE APORTANTE:	I-INDEPENDIENTE
TIPO EMPRESA:	PRIVADA	ACTIVIDAD ECONOMICA:	Actividades reguladoras y
FORMA DE PRESENTACIÓN:	ÚNICO		
APORTANTE EXONERADO PAGO APORTES SALUD, SENA E ICBF (REFORMA TRIBUTARIA):			NO

DATOS GENERALES DE LA PLANILLA

NÚMERO PLANILLA:	**6034747611**		TIPO DE PLANILLA:		I-INDEPENDIENTES
PERIODO COTIZACIÓN	MES:	septiembre	PERIODO COTIZACIÓN	MES:	septiembre
OTROS SUBSISTEMAS:	AÑO:	2026	SALUD:	AÑO:	2026
DÍAS DE MORA:		0			
FECHA PAGO (aaaa/mm/dd):		2026/09/28	NÚMERO AUTORIZACIÓN:		684686077

NOVEDADES

ING	RET	TDE	TAE	TDP	TAP	COR	VSP	VST	SLN	COM	IGE	LMA	VAC	AVP	VCT	IRP

LIQUIDACIÓN GENERAL

			TOTALES	
			COTIZANTES	TOTAL PAGADO
PENSIÓN				
ADMINISTRADORA				
NIT	CÓDIGO	NOMBRE		
9003360047	25-14	25-14 COLPENSIONES	1	$ 280.200
		SUBTOTAL:	1	**$ 280.200**
SALUD				
ADMINISTRADORA				
NIT	CÓDIGO	NOMBRE		
9001562642	EPS037	EPS037-NUEVA EPS	1	$ 218.900
		SUBTOTAL:	1	**$ 218.900**
CAJA DE COMPENSACIÓN				
ADMINISTRADORA				
NIT	CÓDIGO	NOMBRE		
8600669427	CCF24	CCF24-COMPENSAR	1	$ 10.600
		SUBTOTAL:	1	**$ 10.600**
RIESGOS PROFESIONALES				
ADMINISTRADORA				
NIT	CÓDIGO	NOMBRE		
8600025032	14-7	14-7-SEGUROS BOLIVAR S.A	1	$ 42.700
		SUBTOTAL:	1	**$ 42.700**

VALOR SIN MORA:	**$ 552.400**
VALOR MORA:	**$ 0**
TOTAL PAGADO:	**$ 552.400**

Planilla Pagada