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:	**LAURA FERNANDA BAYONA ESPINOSA**			**CC:**	**1018434362**
CORREO ELECTRÓNICO:	**LAUFERBAYONA@GMAIL.COM**			**TELÉFONO:**	**3114630990**
DIRECCIÓN DOMICILIO:	**KR 2 ESTE 45B 21**			**CIUDAD:**	**BOGOTA**
BANCO AL CUAL CONSIGNAR:	**BANCO DAVIVIENDA S.A.**	**TIPO DE CUENTA:**	**AHORROS**	**N° CUENTA:**	**488408717517**
DATOS DEL CONTRATO O ADICION Y PERIODO OBJETO DE PAGO					
Nº DEL CONTRATO:	**PS 2030 2026**	**VALOR CORRESPONDIENTE AL PERIODO OBJETO DE COBRO**			**$ 3.563.560**
FECHA DE INICIO CONTRATO	**2026/02/01**	**FECHA DE TERMINACIÓN CONTRATO:**			**2026/10/31**
PERIODO OBJETO DE COBRO:	**DEL 2026/09/01 AL 2026/09/30**				

LAURA FERNANDA BAYONA ESPINOSA
PS_2030_2026_26648D

NOMBRE Y FIRMA DEL CONTRATISTA:
LAURA FERNANDA BAYONA ESPINOSA
CC: 1018434362
CEL: 3114630990

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			
LAURA FERNANDA BAYONA ESPINOSA			
	CON C.C N°	**1.018.434.362**	
OBJETO DEL CONTRATO:	PRESTAR SERVICIOS COMO ODONTOLOGO PARA DESARROLLAR ACTIVIDADES EN LA DIRECCION DE SERVICIOS AMBULATORIOS DE LA SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E.		
CONTRATO DE PRESTACION DE SERVICIOS PROFESIONALES No.	**PS 2030 2026**	**FECHA INICIO CONTRATO**	**2026/02/01**
VALOR INICIAL DEL CONTRATO	$ 14.894.880	**No. HORAS EJECUTADAS**	**178**
VALOR TOTAL DEL CONTRATO INCLUIDO ADICIONES:	$ 33.513.480	**VALOR DE HONORARIOS PERÍODO A CERTIFICAR:**	$ 3.563.560
PLAZO DEL CONTRATO INCLUYENDO PRORROGAS	NUEVE (9) MESES		
UNIDAD FUNCIONAL DE EJECUCIÓN DE ACTIVIDADES:	CENTRO DE SALUD LOS ALPES		
NOMBRE DEL SUPERVISOR:	GLORIA MARITZA PINILLA PINILLA		

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 Realiza consultas de odontologia a pacientes programados durante el mes
2	Se Diligencia el registro individual de atencion en salud (RIPS) de todos los ususarios adecuadamente en cada consulta durante el mes
3	Se Desarrollaron las actividades para el fortalecimiento de los centros de atención primarios en el apoyo de las urgencias odontologicas del mes

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° 1084338418	OPERADOR:	SIMPLE

CONCEPTO DEL PAGO	ENTIDAD	FECHA DE PAGO	VALOR PAGADO
SALUD:	SANITAS	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	*LAURA FERNANDA BAYONA ESPINOSA* *PS_2030_2026_26648D* **LAURA FERNANDA BAYONA ESPINOSA** **CC: 1018434362**
FIRMA DE QUIEN CONVALIDA EL CUMPLIMIENTO DE LAS OBLIGACIONES PARA EL PRESENTE PERIODO DE PAGO	*GLORIA MARITZA PINILLA PINILLA* *PS_2030_2026_26648D* **GLORIA MARITZA PINILLA PINILLA** **SUPERVISOR DEL CONTRATO**

PAGOSIMPLE | AUTOLIQUIDACION CONSOLIDADA

Fecha creación reporte: 2026-09-14, 04:36:43 AM **Tipo Planilla:** I: PLANILLA INDEPENDIENTES **Numéro Planilla:** 1084338418

Periodo Cotización: agosto de 2026 **Periodo Servicio:** agosto de 2026 **Referencia pago (PIN):** 8810629556

PAGADO 12/09/2026 EN HORARIO EXTENDIDO

I. DATOS DEL APORTANTE

Razón Social	LAURA FERNANDA BAYONA ESPINOSA		
Documento	CC1018434362	**Dirección**	CR 60 ESTE #45 B - 21 SAN MARTIN
Tipo de Empresa	INDEPENDIENTE	**Teléfono**	3114630990
Tipo Persona	NATURAL	**Forma Presentación**	ÚNICO
Ciudad	BOGOTA D.C.	**Departamento**	BOGOTA D.C.
Representante Legal		**Identificación**	
Total Afiliados	1	**ARP**	ARL SURA

II. DETALLE DEL APORTANTE

Datos del Afiliado				Novedades																				Pensiones			Salud			Riesgos			Cajas			Parafiscales					Total
Identificación	Apellidos y Nombres	Tipo Cotizante	Subtipo Cotizante	ING	RET	RET P	TDE	TAE	TDP	TAP	VSP	COR	VST	SLN	IGE	LMA	VAC	AVP	VCT	IRP	Días APP	Días EPS	Días ARP	Días CCF	Administradora	IBC Pensión	Aporte Pensión	Administradora	IBC Salud	Aporte Salud	Tarifa	IBC Riesgos	Aporte Riesgos	Administradora	IBC Caja	Aporte Caja	Aporte SENA	Aporte ICBF	ESAP	Aporte Ministerio	Total
CC 1018434362	LAURA FERNANDA BAYONA ESPINOSA	59	00																	0	30	30	30	0	(230301) PORVENIR	$ 1.750.905	$ 280.200	(EPS005) EPS SANITAS	$ 1.750.905	$ 218.900	2,436	$ 1.750.905	$ 42.700	(NIN-CC) NINGUNA CCF	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 541.800

III.TOTALES

IBC Pensión	IBC Salud	IBC Riesgos	IBC Cajas	Aportes Pensión	Aportes Salud	Aportes Riesgos	Aportes Cajas	Aportes Sena	Aportes ICBF	Aportes ESAP	Aportes Min Educación	(Incapacidades, Licencias, Saldos a Favor) EPS	Incapacidades ARP	SUBTOTAL SIN INTERESES DE MORA	TOTAL INTERESES DE MORA	TOTAL FINAL
$ 1.750.905	$ 1.750.905	$ 1.750.905	$ 0	$ 280.200	$ 218.900	$ 42.700	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 541.800	$ 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!

Antes de imprimir, asegúrese que sea realmente necesario. Proteger el medio ambiente está en nuestras manos.

8 Modificaciones del Contrato

9 Incumplimientos

No existen resultados que cumplan con los criterios de búsqueda especificados

Balance de pagos y Balance de entregas

		% del valor del contrato	% del valor amortizado
Valor total contrato:	33,513,480.00 COP	-	-
Valor anticipo:	0.00 COP	0%	-
Valor de las entregas	0.00 COP	0%	-
Valor facturado:	0.00 COP	0%	-
Valor facturado pendiente de pago:	0.00 COP	0%	-
Valor pagado:	0.00 COP	0%	-
Valor amortizado del anticipo:	0.00 COP	0%	0%
Valor pendiente de amortizar:	0.00 COP	0%	0%
Valor pendiente de ejecución:	33,513,480.00 COP	100%	-
Valor pendiente de entrega:	33,513,480.00 COP	100%	-

Documentos de ejecución del contrato

	Descripción	Nombre del archivo	Cargado por		
☐	1 PS 2030 2026 CRP -8909.pdf	1 PS 2030 2026 CRP -8909.pdf	Comprador	Descargar	Detalle
☐	2 PS 2030 2026 CRP -16202.PDF	2 PS 2030 2026 CRP -16202.PDF	Comprador	Descargar	Detalle
☐	PS 2030 2026 CUENTA DE COBRO ABRIL 2026.pdf	PS 2030 2026 CUENTA DE COBRO ABRIL 2026.pdf	Comprador	Descargar	Detalle
☐	PS 2030 2026 CUENTA DE COBRO FEBRERO 2026.pdf	PS 2030 2026 CUENTA DE COBRO FEBRERO 2026.pdf	Comprador	Descargar	Detalle
☐	PS 2030 2026 CUENTA DE COBRO MARZO 2026..pdf	PS 2030 2026 CUENTA DE COBRO MARZO 2026..pdf	Comprador	Descargar	Detalle
	PS 2030 2026 CUENTA DE COBRO MARZO 2026.pdf (Archivado)	PS 2030 2026 CUENTA DE COBRO MARZO 2026.pdf	Comprador	Descargar	Detalle
☐	PS 2030 2026 CUENTA DE COBRO MAYO 2026.pdf	PS 2030 2026 CUENTA DE COBRO MAYO 2026.pdf	Comprador	Descargar	Detalle
☐	PS 2030 2026 CUENTA DE COBRO Y PLANILLA JULIO 2026.pdf	PS 2030 2026 CUENTA DE COBRO Y PLANILLA JULIO 2026.pdf	Comprador	Descargar	Detalle
☐	PS 2030 2026 CUENTA DE COBRO Y PLANILLA JUNIO 2026.pdf.pdf	PS 2030 2026 CUENTA DE COBRO Y PLANILLA JUNIO 2026.pdf.pdf	Comprador	Descargar	Detalle
☐	PS_2030_2026_ABRIL_PLANILLASS.pdf	PS_2030_2026_ABRIL_PLANILLASS.pdf	Comprador	Descargar	Detalle
☐	PS_2030_2026_MAYO_PLANILLASS.pdf	PS_2030_2026_MAYO_PLANILLASS.pdf	Comprador	Descargar	Detalle
☐	PS 2030 2026 CUENTA DE COBRO Y PLANILLA AGOSTO 2026.pdf	PS 2030 2026 CUENTA DE COBRO Y PLANILLA AGOSTO 2026.pdf	Comprador	Descargar	Detalle

Borrar | Cargar nuevo

Documento del contrato cargado