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:	**KAREN BIBIANA FORERO GARCIA**			**CC:**	**1032464324**
CORREO ELECTRÓNICO:	**kbforero@fucsalud.edu.co**			**TELÉFONO:**	**3204778796**
DIRECCIÓN DOMICILIO:	**CL 22B 59 31**			**CIUDAD:**	**BOGOTA**
BANCO AL CUAL CONSIGNAR:	**BANCO DAVIVIENDA S.A.**	**TIPO DE CUENTA:**	**AHORROS**	**N° CUENTA:**	**488401690000**
DATOS DEL CONTRATO O ADICION Y PERIODO OBJETO DE PAGO					
Nº DEL CONTRATO:	**PS 2183 2026**	**VALOR CORRESPONDIENTE AL PERIODO OBJETO DE COBRO**			**$ 17.148.930**
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**				

KAREN BIBIANA FORERO GARCIA
PS_2183_2026_89E023

NOMBRE Y FIRMA DEL CONTRATISTA:
KAREN BIBIANA FORERO GARCIA
CC: 1032464324
CEL: 3204778796

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			
KAREN BIBIANA FORERO GARCIA			
	CON C.C N°	**1.032.464.324**	
OBJETO DEL CONTRATO:	PRESTAR SERVICIOS COMO MEDICO (A) ESPECIALISTA PEDIATRA 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 2183 2026**	**FECHA INICIO CONTRATO**	**2026/02/01**
VALOR INICIAL DEL CONTRATO	$ 69.720.240	**No. HORAS EJECUTADAS**	**183**
VALOR TOTAL DEL CONTRATO INCLUIDO ADICIONES:	$ 152.372.460	**VALOR DE HONORARIOS PERÍODO A CERTIFICAR:**	$ 17.148.930
PLAZO DEL CONTRATO INCLUYENDO PRORROGAS	NUEVE (9) MESES		
UNIDAD FUNCIONAL DE EJECUCIÓN DE ACTIVIDADES:	CENTRO DE SALUD DIANA TURBAY		
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	REALICE 183 HORAS EN EL MES DE SEPTIEMBRE EN LAS CUALES REALICE 493 CONSULTAS
2	Participe en las Revistas Médicas con la especialidad pertinente, reuniones académicas, juntas médicas, reuniones asistenciales o administrativas según las necesidades del servicio y cuando se le requiera durante el mes
3	Informe al supervisor del contrato cualquier novedad que afecte el cumplimiento de sus obligaciones.
4	Se Realizaron las actividades y procedimientos diagnósticos y terapéuticos señalados para el manejo de patologías establecidos dentro del plan de atención de su profesión para el 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° 6031852943	OPERADOR:	SOI
CONCEPTO DEL PAGO	ENTIDAD	FECHA DE PAGO	VALOR PAGADO
SALUD:	SURA	2026/09/09	$ 671.100
PENSIÓN:	COLFONDOS	2026/09/09	$ 859.000
RIESGOS LABORALES:	SURA	2026/09/09	$ 130.800
OTRO			
TOTAL PAGADO			$ 1.660.900

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	*KAREN BIBIANA FORERO GARCIA* *PS_2183_2026_89E023* **KAREN BIBIANA FORERO GARCIA** **CC: 1032464324**
FIRMA DE QUIEN CONVALIDA EL CUMPLIMIENTO DE LAS OBLIGACIONES PARA EL PRESENTE PERIODO DE PAGO	*GLORIA MARITZA PINILLA PINILLA* *PS_2183_2026_89E023* **GLORIA MARITZA PINILLA PINILLA** **SUPERVISOR DEL CONTRATO**

PLANILLA INTEGRADA AUTOLIQUIDACIÓN APORTES
COMPROBANTE DE PAGO

DAVIVIENDA

DATOS GENERALES DEL APORTANTE

TIPO IDENTIFICACIÓN:	CÉDULA DE CIUDADANÍA	NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN:	1032464324
NOMBRE Ó RAZÓN SOCIAL:			KAREN BIBIANA FORERO GARCIA
CIUDAD/MUNICIPIO:	BOGOTA DISTRITO CAPITAL	DEPARTAMENTO:	BOGOTA - DISTRITO CAPITAL
DIRECCIÓN:	CR 78 F - N 7 A 28	TELÉFONO:	2921494
TIPO APORTANTE:	02-INDEPENDIENTE	CLASE APORTANTE:	I-INDEPENDIENTE
TIPO EMPRESA:	PRIVADA	ACTIVIDAD ECONOMICA:	Otros trabajos de edición.
FORMA DE PRESENTACIÓN:	ÚNICO		
APORTANTE EXONERADO PAGO APORTES SALUD, SENA E ICBF (REFORMA TRIBUTARIA):			NO

DATOS GENERALES DE LA PLANILLA

NÚMERO PLANILLA:	**6031852943**		TIPO DE PLANILLA:		I-INDEPENDIENTES
PERIODO COTIZACIÓN	MES:	agosto	PERIODO COTIZACIÓN	MES:	agosto
OTROS SUBSISTEMAS:	AÑO:	2026	SALUD:	AÑO:	2026
DÍAS DE MORA:		2			
FECHA PAGO (aaaa/mm/dd):		2026/09/09	NÚMERO AUTORIZACIÓN:		640233423

NOVEDADES

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

LIQUIDACIÓN GENERAL

			TOTALES	
			COTIZANTES	TOTAL PAGADO
PENSIÓN				
		ADMINISTRADORA		
NIT	CÓDIGO	NOMBRE		
8002279406	231001	231001-COLFONDOS	1	$ 859.000
		SUBTOTAL:	1	**$ 859.000**
SALUD				
		ADMINISTRADORA		
NIT	CÓDIGO	NOMBRE		
8000887022	EPS010	CIA SURAMERICANA DE SERVICIOS DE SALUD	1	$ 671.100
		SUBTOTAL:	1	**$ 671.100**
RIESGOS PROFESIONALES				
		ADMINISTRADORA		
NIT	CÓDIGO	NOMBRE		
8909037905	14-11	14-11 - ARL SURA	1	$ 130.800
		SUBTOTAL:	1	**$ 130.800**

VALOR SIN MORA:	**$ 1.658.400**
VALOR MORA:	**$ 2.500**
TOTAL PAGADO:	**$ 1.660.900**

Planilla Pagada

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:	152,372,460.00 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:	152,372,460.00 COP	100%	-
Valor pendiente de entrega:	152,372,460.00 COP	100%	-

Documentos de ejecución del contrato

	Descripción	Nombre del archivo	Cargado por		
☐	1 PS 2183 2026 CRP -9059.pdf	1 PS 2183 2026 CRP -9059.pdf	Comprador	Descargar	Detalle
☐	2 PS 2183 2026 CRP -16325.PDF	2 PS 2183 2026 CRP -16325.PDF	Comprador	Descargar	Detalle
☐	PS 2183 2026 CUENTA DE COBRO ABRIL 2026.pdf	PS 2183 2026 CUENTA DE COBRO ABRIL 2026.pdf	Comprador	Descargar	Detalle
☐	PS 2183 2026 CUENTA DE COBRO FEBRERO 2026.pdf	PS 2183 2026 CUENTA DE COBRO FEBRERO 2026.pdf	Comprador	Descargar	Detalle
☐	PS 2183 2026 CUENTA DE COBRO MARZO 2026...pdf	PS 2183 2026 CUENTA DE COBRO MARZO 2026...pdf	Comprador	Descargar	Detalle
	PS 2183 2026 CUENTA DE COBRO MARZO 2026.pdf (Archivado)	PS 2183 2026 CUENTA DE COBRO MARZO 2026.pdf	Comprador	Descargar	Detalle
☐	PS 2183 2026 CUENTA DE COBRO MAYO 2026.pdf	PS 2183 2026 CUENTA DE COBRO MAYO 2026.pdf	Comprador	Descargar	Detalle
☐	PS 2183 2026 CUENTA DE COBRO Y PLANILLA JULIO 2026.pdf	PS 2183 2026 CUENTA DE COBRO Y PLANILLA JULIO 2026.pdf	Comprador	Descargar	Detalle
☐	PS 2183 2026 CUENTA DE COBRO Y PLANILLA JUNIO 2026.pdf.pdf	PS 2183 2026 CUENTA DE COBRO Y PLANILLA JUNIO 2026.pdf.pdf	Comprador	Descargar	Detalle
☐	PS_2183_2026_ABRIL_PLANILLASS.pdf	PS_2183_2026_ABRIL_PLANILLASS.pdf	Comprador	Descargar	Detalle
☐	PS_2183_2026_MAYO_PLANILLASS.pdf	PS_2183_2026_MAYO_PLANILLASS.pdf	Comprador	Descargar	Detalle
☐	PS 2183 2026 CUENTA DE COBRO Y PLANILLA AGOSTO 2026.pdf	PS 2183 2026 CUENTA DE COBRO Y PLANILLA AGOSTO 2026.pdf	Comprador	Descargar	Detalle

Borrar | Cargar nuevo