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:	**GIANNY MELINA MORENO ESCOBAR**			**CC:**	**52733953**
CORREO ELECTRÓNICO:	**GIANNY0618@GMAIL.COM**			**TELÉFONO:**	**3008416567**
DIRECCIÓN DOMICILIO:	**KR 6A 39 22**			**CIUDAD:**	**BOGOTA**
BANCO AL CUAL CONSIGNAR:	**BANCO DAVIVIENDA S.A.**	**TIPO DE CUENTA:**	**AHORROS**	**N° CUENTA:**	**008400358175**
DATOS DEL CONTRATO O ADICION Y PERIODO OBJETO DE PAGO					
Nº DEL CONTRATO:	**PS 2123 2026**	**VALOR CORRESPONDIENTE AL PERIODO OBJETO DE COBRO**			**$ 5.593.940**
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**				

GIANNY MELINA MORENO ESCOBAR
PS_2123_2026_E837A3

NOMBRE Y FIRMA DEL CONTRATISTA:
GIANNY MELINA MORENO ESCOBAR
CC: 52733953
CEL: 3008416567

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			
GIANNY MELINA MORENO ESCOBAR			
	CON C.C N°	**52.733.953**	
OBJETO DEL CONTRATO:	PRESTAR SERVICIOS COMO PROFESIONAL ESPECIALIZADO III 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 2123 2026**	**FECHA INICIO CONTRATO**	**2026/02/01**
VALOR INICIAL DEL CONTRATO	$ 22.375.760	**No. HORAS EJECUTADAS**	**0**
VALOR TOTAL DEL CONTRATO INCLUIDO ADICIONES:	$ 50.345.460	**VALOR DE HONORARIOS PERÍODO A CERTIFICAR:**	$ 5.593.940
PLAZO DEL CONTRATO INCLUYENDO PRORROGAS	NUEVE (9) MESES		
UNIDAD FUNCIONAL DE EJECUCIÓN DE ACTIVIDADES:	HOSPITAL SANTA CLARA		
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 brinda apoyo con la creación de informes, seguimiento en oportunidad y gestión de indicadores, seguimiento a los planes de mejora según hallazgos reportados por otras áreas y/o auditorías externas.
2	Se da respuesta oportuna a las solicitudes recibidas vía correo electrónico
3	Cumplimiento de las actividades que se asignan para el desarrollo del objeto del contrato.
4	Apoyar la consolidación de informes mensuales de gestión
5	Verificar el diligenciamiento completo de formatos y registros. REPS
6	Apoyar el seguimiento al cumplimiento de indicadores de gestión de los servicios ambulatorios.
7	Participar en reuniones de gestión y realizar seguimiento a compromisos establecidos

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° 9510075341	OPERADOR:	APORTES EN LINEA

CONCEPTO DEL PAGO	ENTIDAD	FECHA DE PAGO	VALOR PAGADO
SALUD:	SANITAS	2026/09/11	$ 279.700
PENSIÓN:	COLPENSIONES	2026/09/11	$ 358.100
RIESGOS LABORALES:	SEGUROS BOLIVAR	2026/09/11	$ 54.600
OTRO			
TOTAL PAGADO			$ 692.400

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	*GIANNY MELINA MORENO ESCOBAR* *PS_2123_2026_E837A3* **GIANNY MELINA MORENO ESCOBAR** **CC: 52733953**
FIRMA DE QUIEN CONVALIDA EL CUMPLIMIENTO DE LAS OBLIGACIONES PARA EL PRESENTE PERIODO DE PAGO	*GLORIA MARITZA PINILLA PINILLA* *PS_2123_2026_E837A3* **GLORIA MARITZA PINILLA PINILLA** **SUPERVISOR DEL CONTRATO**

aportes en línea

Resumen General de Pago

DATOS GENERALES DEL APORTANTE

Identificación	dv	Razon Social	Clase Aportante	Sucursal Principal	Direccion	Ciudad-Departamento	Teléfono	Exonerado SENA e ICBF
CC 52733953		MORENO ESCOBAR GIANNY MELINA	INDEPENDIENTE	PRINCIPAL	calle 40a sur # 3 a 78 este	BOGOTA-BOGOTA D.E.	9235542	No

DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION

Periodo		Clave		Tipo	Fecha		Pago		
Pensión	Salud	Pago	Planilla	Planilla	Limite	Pago	Banco	Dias Mora	Valor
2026-08	2026-08	646314113	9510075341	I	2026/09/11	2026/09/11	BANCO DAVIVIENDA	0	$692,400

LIQUIDACION DETALLADA DE APORTES

EMPLEADO					PENSION		SALUD				CCF				RIESGOS				PARAFISCALES		
No.	Identificación	Nombres	Codigo	Días	IBC	Aporte	Codigo	Días	IBC	Aporte	Codigo	Días	IBC	Aporte	Codigo	Días	IBC	Aporte	Días	IBC	Aporte
Sucursal: PRINCIPAL (1 Afiliados)					$2,237,576	$358,100			$2,237,576	$279,700			$0	$0			$2,237,576	$54,600		$0	$0
Centro de Trabajo: PRINCIPAL (1 Afiliados)					$2,237,576	$358,100			$2,237,576	$279,700			$0	$0			$2,237,576	$54,600		$0	$0
Ciudad: BOGOTA Depto: BOGOTA D.E. (1 Afiliados)					$2,237,576	$358,100			$2,237,576	$279,700			$0	$0			$2,237,576	$54,600		$0	$0
1	CC	52733953	MORENO GIANNY	25-14	30	$2,237,576	$358,100	EPS005	30	$2,237,576	$279,700		0	$0	$0	14-7	30	$2,237,576	$54,600	0	$0	$0
Total		**Afiliados(1)**				$2,237,576	$358,100			$2,237,576	$279,700			$0	$0			$2,237,576	$54,600		$0	$0

aportes en línea

Resumen General de Pago

DATOS GENERALES DEL APORTANTE

Identificación	dv	Razon Social	Clase Aportante	Sucursal Principal	Direccion	Ciudad-Departamento	Teléfono	Exonerado SENA e ICBF
CC 52733953		MORENO ESCOBAR GIANNY MELINA	INDEPENDIENTE	PRINCIPAL	calle 40a sur # 3 a 78 este	BOGOTA-BOGOTA D.E.	9235542	No

DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION

Periodo		Clave		Tipo	Fecha		Pago		
Pensión	Salud	Pago	Planilla	Planilla	Limite	Pago	Banco	Dias Mora	Valor
2026-08	2026-08	646314113	9510075341	I	2026/09/11	2026/09/11	BANCO DAVIVIENDA	0	$692,400

RESUMEN DE PAGO

RIESGO	CODIGO	NIT	DV	AFILIADOS	VALOR LIQUIDADO	INTERESES MORA	Fondo Solidaridad Pensional	Intereses de Mora Fondo Solidaridad	Fondo Subsistencia	Intereses de Mora Fondo Subsistencia	SALDOS E INCAPACIDADES	VAL
AFP (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$358,100	$0					$0	
COLPENSIONES	25-14	900,336,004	7	1	$358,100	$0	$0	$0	$0	$0	$0	
ARL (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$54,600	$0					$0	
SEGUROS BOLIVAR	14-7	860,002,503	2	1	$54,600	$0	$0	$0	$0	$0	$0	
EPS (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$279,700	$0					$0	
SANITAS	EPS005	800,251,440	6	1	$279,700	$0	$0	$0	$0	$0	$0	
TOTAL				1	$692,400	$0	$0	$0	$0	$0	$0	

Resumen General de Pago

LOR A PAGAR
$358,100
$358,100
$54,600
$54,600
$279,700
$279,700
$692,400