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:	**CARMEN GISSELLA RIAÑO CORSO**			**CC:**	**1013672553**
CORREO ELECTRÓNICO:	**GISSE314@GMAIL.COM**			**TELÉFONO:**	**3229041623**
DIRECCIÓN DOMICILIO:	**KR 2 79-18 SUR**			**CIUDAD:**	**BOGOTA**
BANCO AL CUAL CONSIGNAR:	**BANCO DE BOGOTA**	**TIPO DE CUENTA:**	**AHORROS**	**N° CUENTA:**	**437314719**
DATOS DEL CONTRATO O ADICION Y PERIODO OBJETO DE PAGO					
Nº DEL CONTRATO:	**PS 1210 2026**	**VALOR CORRESPONDIENTE AL PERIODO OBJETO DE COBRO**			**$ 2.751.000**
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**				

CARMEN GISSELLA RIAÑO CORSO
PS_1210_2026_1431B4

NOMBRE Y FIRMA DEL CONTRATISTA:
CARMEN GISSELLA RIAÑO CORSO
CC: 1013672553
CEL: 3229041623

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			
CARMEN GISSELLA RIAÑO CORSO			
	CON C.C N°	**1.013.672.553**	
OBJETO DEL CONTRATO:	PRESTAR SERVICIOS COMO AUXILIAR DE ENFERMERIA PARA DESARROLLAR ACTIVIDADES EN LA DIRECCION DE SERVICIOS COMPLEMENTARIOS DE LA SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E.		
CONTRATO DE PRESTACION DE SERVICIOS PROFESIONALES No.	**PS 1210 2026**	**FECHA INICIO CONTRATO**	**2026/02/03**
VALOR INICIAL DEL CONTRATO	$ 9.411.600	**No. HORAS EJECUTADAS**	**210**
VALOR TOTAL DEL CONTRATO INCLUIDO ADICIONES:	$ 26.663.000	**VALOR DE HONORARIOS PERÍODO A CERTIFICAR:**	$ 2.751.000
PLAZO DEL CONTRATO INCLUYENDO PRORROGAS	NUEVE (9) MESES		
UNIDAD FUNCIONAL DE EJECUCIÓN DE ACTIVIDADES:	HOSPITAL SAN BLAS		
NOMBRE DEL SUPERVISOR:	MARTHA CECILIA OQUENDO OSPINA		

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	CUMPLO CON LA ORGANIZACIÓN, LIMPIEZA Y DESINFECCIÓN DEL AREA, ASÍ COMO DE LOS ELEMENTOS NECESARIOS PARA LA EJECUCIÓN DE ACTIVIDADES (DILIGENCIO REGISTRO EN LIBRO Y FORMATO DE REGISTRO).
2	CUMPL0 CON LA NORMATIVIDAD VIGENTE EN CUANTO AL DESEMPEÑO Y PERMANENCIA EN EL ÁREA DE TRABAJO ASIGNADA (DILIGENCI0 FORMATO DISTIBUCION DE FORMULAS LACTEAS).
3	GARANTIZO INOCUIDAD, MANIPULACIÓN, PREPARACIÓN DE LAS FORMULA LÁCTEAS Y ENTERALES DE ACUERDO A SU DOSIFICACIÓN, PRESCRIPCIÓN DIETARÍA Y DISTRIBUCIÓN, CONSERVANDO CALIDAD MICROBIOLÓGICA Y NUTRICIONAL. (FORMATO LISTA DE CHEQUEO)
4	ASEGURO LA CORRECTA CONSERVACIÓN Y ADMINISTRACIÓN DE LA LECHE MATERNA A LOS SERVICIOS DE NEONATOLOGÍA.
5	REGISTRO ADECUADAMENTE EN EL FORMATO RESPECTIVO LAS CONDICIONES DE HUMEDAD Y TEMPERATURA EN EL AREA (DILIGENCIO FORMATO CONTROL DE TEMPERATURA Y HUMEDAD).
6	ASISTO PERIÓDICAMENTE AL FORTALECIMIENTO SOBRE EL CÓDIGO INTERNACIONAL DE LACTANCIA MATERNA. (CAPACITACION)
7	CUMPLO CON LA ADECUADA LIMPIEZA, DESINFECCIÓN Y ESTERILIZACIÓN DEL MATERIAL NECESARIO PARA LA PREPARACIÓN Y ADMINISTRACIÓN DE FÓRMULAS LÁCTEAS Y ENTERALES (FORMATO DE ENTREGA Y RECIBO DEL LACTARIO)
8	ASISTO A LAS REUNIONES Y CAPACITACIONES PROGRAMADAS PARA LA SUPERVISIÓN (ACTA DE REUNION).
9	INFORMO A LA SUPERVISIÓN ACERCA DE CUALQUIER NOVEDAD EN CUANTO EQUIPOS, MATERIALES E INSUMOS EN CUANTO AL AREA DE TRABAJO. (INFORMACION VERBAL Y/O REGISTRO DE LIBRO).
10	EJECUTO LAS ACTIVIDADES PROPIAS DE MI OFICIO DE CONFORMIDAD CON LAS NORMAS Y/O REGLAMENTOS DE ACUERDO AL OBJETO CONTRACTUAL Y LAS NECESIDADES DEL SERVICIO (FORMATOS NORMALIZADOS)
11	CUMPLO CON LA PROGRAMACIÓN DE AGENDA O CONCERTACIÓN DE CRONOGRAMA EN EL DESARROLLO DE MIS ACTIVIDADES CONTENIDAS EN EL FORMATO DE NECESIDAD DE PERSONAL QUE A HACE PARTE DEL PRESENTE CONTRATO.
12	DESARROLLO LAS ACTIVIDADES EN CUALQUIERA DE LAS UNIDADES CORRESPONDIENTES A LA SUBRED CENTRO ORIENTE DE ACUERDO A LA ASIGNACIÓN REALIZADA POR MI SUPERVISOR.

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° 9510108015	OPERADOR:	APORTES EN LINEA

CONCEPTO DEL PAGO	ENTIDAD	FECHA DE PAGO	VALOR PAGADO
SALUD:	NUEVA EPS	2026/09/09	$ 218.900
PENSIÓN:	PROTECCION	2026/09/09	$ 280.200
RIESGOS LABORALES:	SEGUROS BOLIVAR	2026/09/09	$ 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	*CARMEN GISSELLA RIAÑO CORSO* *PS_1210_2026_1431B4* **CARMEN GISSELLA RIAÑO CORSO** **CC: 1013672553**
FIRMA DE QUIEN VALIDA	*FRANK STEPHAN VANEGAS CARVAJAL* *PS_1210_2026_1431B4* **FRANK STEPHAN VANEGAS CARVAJAL** **SUPERVISOR ALTERNO**
FIRMA DE QUIEN CONVALIDA EL CUMPLIMIENTO DE LAS OBLIGACIONES PARA EL PRESENTE PERIODO DE PAGO	*MARTHA CECILIA OQUENDO OSPINA* *PS_1210_2026_1431B4* **MARTHA CECILIA OQUENDO OSPINA** **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 1013672553		RIAÑO CORSO CARMEN GISSELA	INDEPENDIENTE	PRINCIPAL	Cr 2 #79-18sur	BOGOTA-BOGOTA D.E.	7777777	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	640665373	9510108015	I	2026/09/11	2026/09/09	BANCO DE BOGOTA	0	$576,900

LIQUIDACION DETALLADA DE APORTES

EMPLEADO					PENSION		SALUD				CCF				RIESGOS				PARAFISCALES		
No.	Identificación	Nombres	Codigo	Dias	IBC	Aporte	Codigo	Dias	IBC	Aporte	Codigo	Dias	IBC	Aporte	Codigo	Dias	IBC	Aporte	Dias	IBC	Aporte
Sucursal: PRINCIPAL (1 Afiliados)					$1,750,905	$280,200			$1,750,905	$218,900			$1,750,905	$35,100			$1,750,905	$42,700		$0	$0
Centro de Trabajo: PRINCIPAL (1 Afiliados)					$1,750,905	$280,200			$1,750,905	$218,900			$1,750,905	$35,100			$1,750,905	$42,700		$0	$0
Ciudad: BOGOTA Depto: BOGOTA D.E. (1 Afiliados)					$1,750,905	$280,200			$1,750,905	$218,900			$1,750,905	$35,100			$1,750,905	$42,700		$0	$0
1	CC	1013672553	RIAÑO CARMEN	230201	30	$1,750,905	$280,200	EPS037	30	$1,750,905	$218,900	CCF24	30	$1,750,905	$35,100	14-7	30	$1,750,905	$42,700	30	$0	$0
Total		**Afiliados(1)**				$1,750,905	$280,200			$1,750,905	$218,900			$1,750,905	$35,100			$1,750,905	$42,700		$0	$0

2026/09/09 03:51 PM

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 1013672553		RIAÑO CORSO CARMEN GISSELA	INDEPENDIENTE	PRINCIPAL	Cr 2 #79-18sur	BOGOTA-BOGOTA D.E.	7777777	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	640665373	9510108015	I	2026/09/11	2026/09/09	BANCO DE BOGOTA	0	$576,900

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	$280,200	$0					$0	
PROTECCION	230201	800,229,739	0	1	$280,200	$0	$0	$0	$0	$0	$0	
ARL (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$42,700	$0					$0	
SEGUROS BOLIVAR	14-7	860,002,503	2	1	$42,700	$0	$0	$0	$0	$0	$0	
CCF (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$35,100	$0					$0	
COMPENSAR	CCF24	860,066,942	7	1	$35,100	$0	$0	$0	$0	$0	$0	
EPS (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$218,900	$0					$0	
NUEVA E.P.S.	EPS037	900,156,264	2	1	$218,900	$0	$0	$0	$0	$0	$0	
TOTAL				1	$576,900	$0	$0	$0	$0	$0	$0	

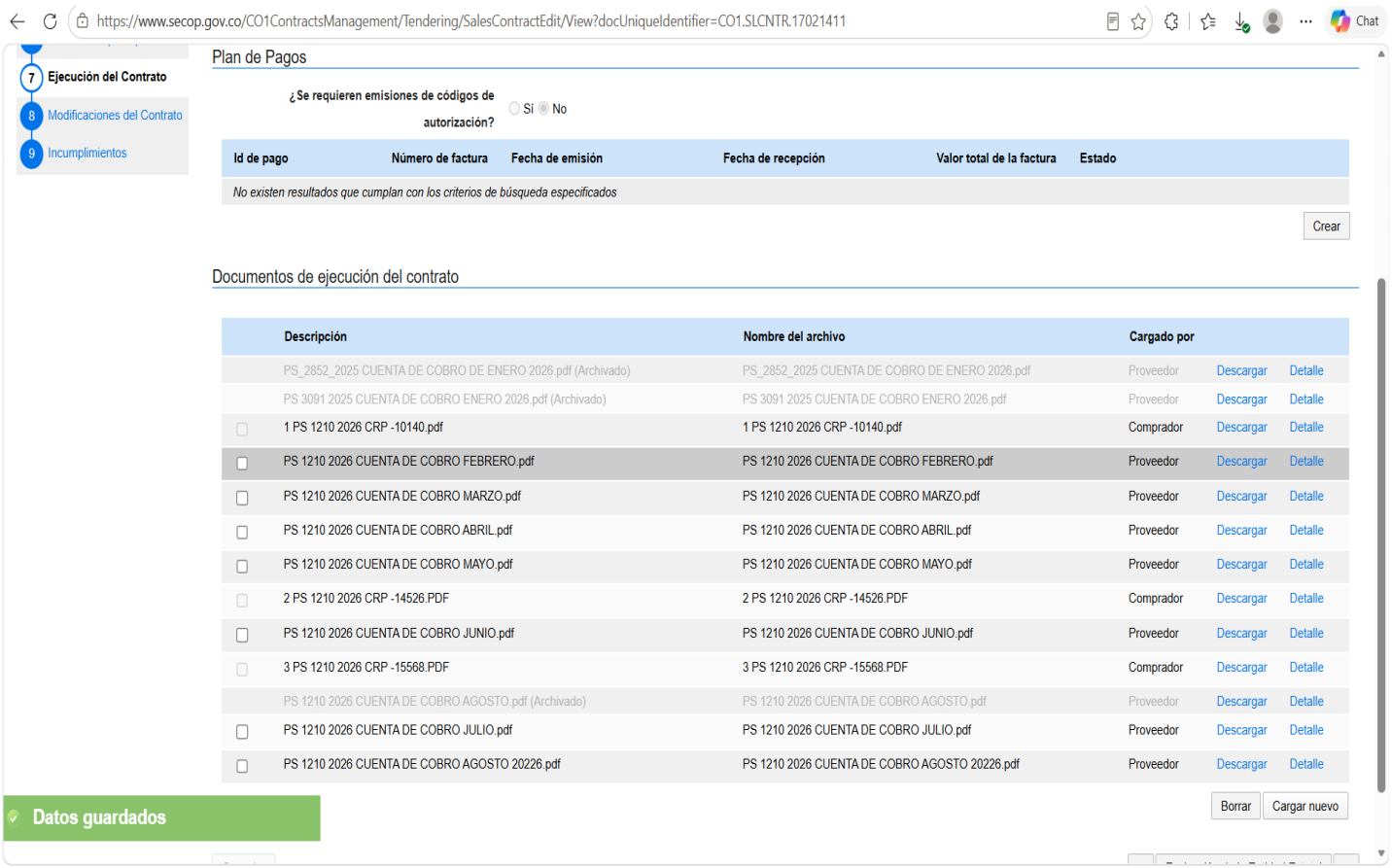
2026/09/09 03:51 PM

aportes en línea

Resumen General de Pago

LOR A PAGAR
$280,200
$280,200
$42,700
$42,700
$35,100
$35,100
$218,900
$218,900
$576,900

2026/09/09 03:51 PM


https://www.secop.gov.co/CO1ContractsManagement/Tendering/SalesContractEdit/View?docUniqueIdentifier=CO1.SLCNTR.17021411
Chat
7 Ejecución del Contrato
8 Modificaciones del Contrato
9 Incumplimientos
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
PS_2852_2025 CUENTA DE COBRO DE ENERO 2026.pdf (Archivado)
PS_2852_2025 CUENTA DE COBRO DE ENERO 2026.pdf
Proveedor
Descargar
Detalle
PS 3091 2025 CUENTA DE COBRO ENERO 2026.pdf (Archivado)
PS 3091 2025 CUENTA DE COBRO ENERO 2026.pdf
Proveedor
Descargar
Detalle
1 PS 1210 2026 CRP -10140.pdf
1 PS 1210 2026 CRP -10140.pdf
Comprador
Descargar
Detalle
PS 1210 2026 CUENTA DE COBRO FEBRERO.pdf
PS 1210 2026 CUENTA DE COBRO FEBRERO.pdf
Proveedor
Descargar
Detalle
PS 1210 2026 CUENTA DE COBRO MARZO.pdf
PS 1210 2026 CUENTA DE COBRO MARZO.pdf
Proveedor
Descargar
Detalle
PS 1210 2026 CUENTA DE COBRO ABRIL.pdf
PS 1210 2026 CUENTA DE COBRO ABRIL.pdf
Proveedor
Descargar
Detalle
PS 1210 2026 CUENTA DE COBRO MAYO.pdf
PS 1210 2026 CUENTA DE COBRO MAYO.pdf
Proveedor
Descargar
Detalle
2 PS 1210 2026 CRP -14526.PDF
2 PS 1210 2026 CRP -14526.PDF
Comprador
Descargar
Detalle
PS 1210 2026 CUENTA DE COBRO JUNIO.pdf
PS 1210 2026 CUENTA DE COBRO JUNIO.pdf
Proveedor
Descargar
Detalle
3 PS 1210 2026 CRP -15568.PDF
3 PS 1210 2026 CRP -15568.PDF
Comprador
Descargar
Detalle
PS 1210 2026 CUENTA DE COBRO AGOSTO.pdf (Archivado)
PS 1210 2026 CUENTA DE COBRO AGOSTO.pdf
Proveedor
Descargar
Detalle
PS 1210 2026 CUENTA DE COBRO JULIO.pdf
PS 1210 2026 CUENTA DE COBRO JULIO.pdf
Proveedor
Descargar
Detalle
PS 1210 2026 CUENTA DE COBRO AGOSTO 20226.pdf
PS 1210 2026 CUENTA DE COBRO AGOSTO 20226.pdf
Proveedor
Descargar
Detalle
Borrar
Cargar nuevo
Datos guardados