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: 5
FECHA: 2024-09-09

DATOS DEL CONTRATISTA					
FECHA DE DILIGENCIAMIENTO: (30-06-2025)					
NOMBRES Y APELLIDOS:	**ANA MILENA ALARCON BONILLA**			**CC:**	**52284858**
CORREO ELECTRÓNICO:	**MILE.AUXILIAR@GMAIL.COM**			**TELÉFONO:**	**3214461593**
DIRECCIÓN DOMICILIO:	**KR 7 F ESTE 90 D 33 SUR**			**CIUDAD:**	**BOGOTA**
BANCO AL CUAL CONSIGNAR:	**BANCO DAVIVIENDA S.A.**	**TIPO DE CUENTA:**	**AHORROS**	**N° CUENTA:**	**004870329515**

DATOS DEL CONTRATO O ADICION Y PERIODO OBJETO DE PAGO						
Nº DEL CONTRATO:	**PS 1508 2025**	**N° CDP:**	**779**	**N°. RP:**	**12064**	**PLAZO DEL CONTRATO INCLUIDAS PRORROGAS: SEIS (06) MESES**
FECHA DE INICIO CONTRATO	**2025/01/01**	**FECHA DE TERMINACIÓN CONTRATO:**		**2025/06/30**		
PERIODO OBJETO DE COBRO:	**DEL 2025/06/01 AL 2025/06/30**					
VALOR A PAGAR CORRESPONDIENTE AL PERIODO OBJETO DE COBRO	**$ 2.222.946**					

ANA MILENA ALARCON BONILLA
PS_1508_2025_3ED0A2-2025-06-15 19:50:00

NOMBRE Y FIRMA DEL CONTRATISTA:
ANA MILENA ALARCON BONILLA
CC: 52284858
CEL: 3214461593

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			
ANA MILENA ALARCON BONILLA			
	CON C.C N°	**52.284.858**	
OBJETO DEL CONTRATO:	PRESTAR SERVICIOS COMO TECNICO PARA DESARROLLAR ACTIVIDADES EN LA OFICINA DE PARTICIPACION COMUNITARIA Y SERVICIO AL CIUDADANO DE LA SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E.		
CONTRATO DE PRESTACION DE SERVICIOS PROFESIONALES No.	**PS 1508 2025**	**FECHA INICIO CONTRATO**	**2025/01/01**
VALOR INICIAL DEL CONTRATO	$ 6.668.838	**No. HORAS EJECUTADAS**	**0**
VALOR TOTAL DEL CONTRATO INCLUIDO ADICIONES:	$ 13.337.676	**VALOR DE HONORARIOS PERÍODO A CERTIFICAR:**	$ 2.222.946
PLAZO DEL CONTRATO INCLUYENDO PRORROGAS	SEIS (06) MESES		
UNIDAD FUNCIONAL DE EJECUCIÓN DE ACTIVIDADES:	HOSPITAL SAN BLAS		
NOMBRE DEL SUPERVISOR:	SHIRLEY JANNETH TORRES RODRÍGUEZ		

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 GESTIONA EL ACCESO DE LOS USUARIOS A LOS SERVICIOS, TENIENDO EN CUENTA LOS MANUALES Y PROTOCOLOS INSTITUCIONALES VIGENTES. 2. SE ORIENTA DEBIDAMENTE A LOS USUARIOS EN PROCEDIMIENTOS DE ASEGURAMIENTO, PQRS Y VINCULACIÓN AL SGSSS. 3. SE VERIFICA CORRECTAMENTE A LOS USUARIOS EN BASES DE DATOS (COMPROBADOR DE DERECHOS, DNP, ADRES, GEOREFERENCIADOR). 4. SE REALIZAN ENCUESTAS Y APLICACIÓN DE FORMATOS A LOS USUARIOS DE ACUERDO A LOS PROTOCOLOS Y METAS ESTABLECIDAS .5. SE REALIZAN SESIONES EDUCATIVAS EN SALAS DE ESPERA DE ACUERDO AL CRONOGRAMA ESTABLECIDO, REGISTRANDO LAS ATENCIONES EN EL APLICATIVO SI CUENTANOS BOGOTÁ POR LA OFICINA DE PARTICIPACIÓN COMUNITARIA Y SERVICIO AL CIUDADANO, REALIZANDO EL REGISTRO EN LOS FORMATOS ESTABLECIDOS. 6. SE REALIZA DIARIAMENTE EL REGISTRO EN EL APLICATIVO SI CUÉNTANOS BOGOTÁ DE ATENCIONES INDIVIDUALES Y DE BARRERAS DE ACCESO IDENTIFICADAS DURANTE LA GESTIÓN DIARIA, CON EL FIN DE EVALUAR LAS DIFICULTADES DE ACCESIBILIDAD QUE PUEDEN PRESENTAR LOS USUARIOS EN LOS SERVICIOS DE SALUD SEGÚN META ESTABLECIDA. 7. SE PARTICIPA DEBIDAMENTE EN LOS PROCESOS DE FORTALECIMIENTO DE COMPETENCIAS A TRAVÉS DE LOS CURSOS Y CAPACITACIONES VIRTUALES Y PRESENCIALES ESTABLECIDOS POR LA SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E. 8. SE DESARROLLA LOS TALLERES PEDAGÓGICOS SEGÚN EL CRONOGRAMA Y METODOLOGÍA ESTABLECIDA EN LOS MANUALES Y PROTOCOLOS INSTITUCIONALES VIGENTES. 9. SE ENTREGA ORDENADAMETE LOS SOPORTES DE LA GESTIÓN REALIZADA DE ACUERDO A LOS LINEAMIENTOS ESTABLECIDOS POR LA OFICINA DE PARTICIPACIÓN COMUNITARIA Y SERVICIO AL CIUDADANO.10. SE CONSULTA EL SISTEMA DE DINÁMICA GERENCIAL, CON EL FIN DE LLEVAR A CABO CONSULTA DE AGENDAMIENTO DE CITAS MÉDICAS Y ACTUALIZACIÓN DE DATOS CUANDO EL USUARIO ASÍ LO REQUIERA.11. SE APOYA LA VERIFICACIÓN, ASIGNACIÓN, Y EMISIÓN DE RESPUESTAS A PQRS, EN ASIGNACIÓN DE CITAS MÉDICAS DE ENTES DE CONTROL. 12. SE ASISTIE A LOS ESPACIOS DE FORTALECIMIENTO CONVOCADOS POR LA OFICINA DE PARTICIPACIÓN COMUNITARIA Y SERVICIO AL CIUDADANO Y LA SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E.13. SE APOYA LOS SUBPROCESOS TENIENDO EN CUENTA LAS NECESIDADES PROPIAS DE LA OFICINA DE PARTICIPACIÓN COMUNITARIA Y SERVICIO AL CIUDADANO.14. SE GARANTIZA LA RESERVA Y CONFIDENCIALIDAD DE DATOS E INFORMACIÓN DE LOS DIFERENTES APLICATIVOS INSTITUCIONALES.15. SE CUMPLE DEBIDAMENTE CON LAS OBLIGACIONES DE ACUERDO CON LA DEMANDA Y TIEMPOS REQUERIDOS SEGÚN LAS NECESIDADES DEL SERVICIO EN LOS CENTROS DE SALUD Y HOSPITALES QUE CONFORMAN LA SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E. 16. SE PORTA CORRETA Y VISIBLEMENTE LOS ELEMENTOS INSTITUCIONALES Y ADECUADA PRESENTACIÓN PERSONAL DANDO CUMPLIMIENTO A LOS MANUALES Y PROCEDIMIENTOS DE LA OFICINA Y DE LA SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E. 17. LAS DEMÁS OBLIGACIONES QUE SEAN ASIGNADAS EN LA REALIZACIÓN DEL OBJETO CONTRACTUAL

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 (2025-06-01) AL (2025-06-30)

IV. INFORMACIÓN DE APORTES A SEGURIDAD SOCIAL

No. DE PLANILLA:	N° 1073332411	OPERADOR:	SIMPLE

CONCEPTO DEL PAGO	ENTIDAD	FECHA DE PAGO	VALOR PAGADO
SALUD:	SALUD TOTAL	2025/06/11	$ 178.000
PENSIÓN:	COLPENSIONES	2025/06/11	$ 227.800
RIESGOS LABORALES:	SURA	2025/06/11	$ 34.700
OTRO			
TOTAL PAGADO			$ 440.500

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	*ANA MILENA ALARCON BONILLA* *PS_1508_2025_3ED0A2-2025-06-15 19:50:00* **ANA MILENA ALARCON BONILLA** **CC: 52284858**
FIRMA DE QUIEN VALIDA	*MARÍA CAROLINA PINILLA JIMÉNEZ* *PS_1508_2025_3ED0A2-2025-06-16 17:36:42* **MARÍA CAROLINA PINILLA JIMÉNEZ** **SUPERVISOR ALTERNO**
FIRMA DE QUIEN CONVALIDA EL CUMPLIMIENTO DE LAS OBLIGACIONES PARA EL PRESENTE PERIODO DE PAGO	*SHIRLEY JANNETH TORRES RODRÍGUEZ* *PS_1508_2025_3ED0A2-2025-06-16 20:44:56* **SHIRLEY JANNETH TORRES RODRÍGUEZ** **SUPERVISOR DEL CONTRATO**