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:	**BETSY LILIANA VARGAS RODRIGUEZ**			**CC:**	**1023974848**
CORREO ELECTRÓNICO:	**contrlsocialsubred@GMAIL.COM**			**TELÉFONO:**	**3213210586**
DIRECCIÓN DOMICILIO:	**KR 3 A 2 B 37**			**CIUDAD:**	**BOGOTA**
BANCO AL CUAL CONSIGNAR	**BANCO SCOTIABANK COLPATR**	**TIPO DE CUENTA:**	**AHORROS**	**N° CUENTA:**	**622010870**

DATOS DEL CONTRATO O ADICION Y PERIODO OBJETO DE PAGO						
Nº DEL CONTRATO:	**PS 1496 2025**	**N° CDP:**	**778**	**N°. RP:**	**12055**	**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	**$ 3.893.400**					

BETSY LILIANA VARGAS RODRIGUEZ
PS_1496_2025_50E411-2025-06-13 19:52:41

NOMBRE Y FIRMA DEL CONTRATISTA:
BETSY LILIANA VARGAS RODRIGUEZ
CC: 1023974848
CEL: 3213210586

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			
BETSY LILIANA VARGAS RODRIGUEZ			
	CON C.C N°	**1.023.974.848**	
OBJETO DEL CONTRATO:	PRESTAR SERVICIOS COMO PROFESIONAL EN CIENCIAS SOCIALES 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 1496 2025**	**FECHA INICIO CONTRATO**	**2025/01/01**
VALOR INICIAL DEL CONTRATO	$ 11.680.200	**No. HORAS EJECUTADAS**	**0**
VALOR TOTAL DEL CONTRATO INCLUIDO ADICIONES:	$ 23.360.400	**VALOR DE HONORARIOS PERÍODO A CERTIFICAR:**	$ 3.893.400
PLAZO DEL CONTRATO INCLUYENDO PRORROGAS	SEIS (06) MESES		
UNIDAD FUNCIONAL DE EJECUCIÓN DE ACTIVIDADES:	HOSPITAL SANTA CLARA		
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	Durante el mes, cumplí con las obligaciones asignadas de acuerdo con la demanda y los tiempos requeridos
2	Durante el mes, se brindo asistencia técnica a las formas de participación social, incluyendo la veeduría PSPIC, Ruta de la Salud cumpliendo con el cronograma mensual y acompañando actividades como la Ruta de la Salud. Por solicitud ciudadana y realicé convocatorias y acompañamiento a líderes y veedores en mesas locales, Participé en procesos de capacitaciónes, uso de plataformas tecnológicas y habilidades blandas, así como en cursos virtuales y presenciales, Apoyé la formulación, seguimiento y control de proyectos para fortalecer las formas de participación legalmente constituidas. asistiendo a la Mesa de Diálogo y dialogando con referentes de control social. Articulé con equipos de salud pública para fomentar la participación ciudadana. Brindé asistencia técnica a las veedurías, comunidades organizadas y mesas distritales dentro del área demográfica de la Subred
3	Durante el mes, se cumplió con la asistencia y participación en las capacitaciones, tanto virtuales como presenciales, ofrecidas por la Subred Integrada de Servicios de Salud Centro Oriente E.S.E., dirigidas a fortalecer las competencias de las formas de participación social. Además, participé en el proceso de reinducción, con el fin de actualizar y fortalecer mis habilidades para apoyar de manera efectiva los procesos de participación en salud.
4	Durante el mes, fortalecí los procesos permanentes de control social mediante el acompañamiento constante a las veedurías ciudadanas legalmente constituidas en la Subred Centro Oriente. Asimismo, realicé acompañamiento a las comunidades organizadas, mesas distritales y veedurías de la Secretaría de Salud que se encuentran dentro del área demográfica de la Subred, contribuyendo así a la articulación y fortalecimiento de la participación social en salud.
5	Durante el mes, asistí a los espacios de fortalecimiento convocados por la Oficina de Participación Comunitaria y Servicio al Ciudadano, así como por la Subred Integrada de Servicios de Salud Centro Oriente E.S.E. Estas actividades me permitieron actualizar conocimientos, compartir experiencias y fortalecer mis competencias para apoyar eficazmente los procesos de participación social en salud.
6	porté visible y adecuadamente el carnet institucional, garantizando el cumplimiento de las normas establecidas
7	Las demás funciones que sean asignadas en la realización del objeto contractual. Contenidas en el formato de necesidad de personal que hace parte integral del presente contrato
8	Durante el mes, se brindó asistencia técnica a las formas de participación social (veeduría PSPIC, y veeduría Ruta de la Salud), en cumplimiento de las funciones asignadas y conforme al desarrollo del cronograma mensual.
9	Durante el mes, se brindó asistencia técnica a las formas de participación social (veeduría PSPIC, Ruta de la Salud), en cumplimiento de las funciones asignadas y en concordancia con el desarrollo del cronograma mensual.
10	Durante el mes, se realizaron convocatorias a los líderes de las formas de participación en las veedurías ciudadanas, con el fin de fomentar su vinculación activa en los espacios de movilización social orientados a la exigibilidad del derecho a la salud. Además, se brindará acompañamiento a las mesas de participación distritales y locales, dando cumplimiento a las disposiciones establecidas por la entidad, en el marco de las funciones asignadas.
11	Durante el mes, se realizaron procesos de capacitación dirigidos a los líderes de las veedurías ciudadanas en salud y las demás formas de participación, con el objetivo de fortalecer sus habilidades y competencias. Las jornadas incluyeron formación sobre los lineamientos del modelo de salud, contenidos relacionados con la prevención de la corrupción, así como el uso adecuado de plataformas tecnológicas y el desarrollo de habilidades blandas, fundamentales para el ejercicio de una veeduría efectiva y participativa.
12	Con el fin de cumplir con las actividades asignadas, se brindo asistencia técnica a las veedurías de la Subred Integrada de Servicios de Salud Centro Oriente E.S.E.

13	Establecer cronograma mensual de actividades a realizar con las veedurías de la subred centro oriente.
14	Para dar cumplimiento a las funciones correspondientes al mes, se brindó asistencia técnica a las formas de participación social legalmente constituidas, como la veeduría PSPIC, Ruta de la Salud en el marco del desarrollo del cronograma mensual. Este acompañamiento incluyó apoyo en la formulación, seguimiento y control de iniciativas orientadas al fortalecimiento organizativo, contribuyendo así a la sostenibilidad y efectividad de su labor en salud pública.
15	En el marco de la coordinación de las actividades relacionadas con la participación social y comunitaria, se realizó acompañamiento oportuno a la Mesa de Diálogo de las veedurías, promoviendo su articulación y fortalecimiento. Estas acciones se desarrollaron conjuntamente entre la Subred Centro Oriente y la Secretaría Distrital de Salud SDS. Durante los encuentros, se sostuvo diálogo directo con el referente de control social para veedurías, con el fin de alinear estrategias, fomentar la participación activa y garantizar el cumplimiento de los objetivos establecidos en el marco del control social en salud.
16	En el marco del Modelo de Salud Territorial, se articulan acciones con los equipos de salud pública para promover la participación ciudadana. Durante el mes, se realizaron convocatorias a los veedores y líderes comunitarios, incentivando su participación en las diferentes actividades contempladas en dicho modelo. Asimismo, se acompañaron activamente las jornadas programadas y las mesas locales, fortaleciendo los espacios de diálogo y construcción conjunta con la comunidad.

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° 9485503637	OPERADOR:	APORTES EN LINEA

CONCEPTO DEL PAGO	ENTIDAD	FECHA DE PAGO	VALOR PAGADO
SALUD:	SURA	2025/06/12	$ 194.700
PENSIÓN:	PROTECCION	2025/06/12	$ 249.200
RIESGOS LABORALES:	SURA	2025/06/12	$ 38.000
OTRO			
TOTAL PAGADO			$ 481.900

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

BETSY LILIANA VARGAS RODRIGUEZ
PS_1496_2025_50E411-2025-06-13 19:52:41
BETSY LILIANA VARGAS RODRIGUEZ
CC: 1023974848

LEIDY JOHANA FUYA MUNEVAR
PS_1496_2025_50E411-2025-06-14 16:41:43
LEIDY JOHANA FUYA MUNEVAR

SUPERVISOR ALTERNO

FIRMA DE QUIEN VALIDA	
FIRMA DE QUIEN CONVALIDA EL CUMPLIMIENTO DE LAS OBLIGACIONES PARA EL PRESENTE PERIODO DE PAGO	 *SHIRLEY JANNETH TORRES RODRÍGUEZ* *PS_1496_2025_50E411-2025-06-16 02:33:32* **SHIRLEY JANNETH TORRES RODRÍGUEZ** **SUPERVISOR DEL CONTRATO**