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: (31-07-2025)					
NOMBRES Y APELLIDOS:	**DARIAN LORENA ROMERO MACIAS**			**CC:**	**1031177472**
CORREO ELECTRÓNICO:	**TECNICOLORENA8@GMAIL.COM**			**TELÉFONO:**	**3007666503**
DIRECCIÓN DOMICILIO:	**TV 69 C 68B SUR 55 C 42**			**CIUDAD:**	**BOGOTA**
BANCO AL CUAL CONSIGNAR:	**BANCOLOMBIA S.A.**	**TIPO DE CUENTA:**	**AHORROS**	**N° CUENTA:**	**58500013824**

DATOS DEL CONTRATO O ADICION Y PERIODO OBJETO DE PAGO						
Nº DEL CONTRATO:	**PS 1957 2025**	**N° CDP:**	**1917**	**N°. RP:**	**0**	**PLAZO DEL CONTRATO INCLUIDAS PRORROGAS: OCHO (8) MESES**
FECHA DE INICIO CONTRATO	**2025/01/01**	**FECHA DE TERMINACIÓN CONTRATO:**		**2025/08/31**		
PERIODO OBJETO DE COBRO:	**DEL 2025/07/01 AL 2025/07/31**					
VALOR A PAGAR CORRESPONDIENTE AL PERIODO OBJETO DE COBRO	**$ 2.672.026**					

DARIAN LORENA ROMERO MACIAS
PS_1957_2025_823108-2025-07-16 21:40:42

NOMBRE Y FIRMA DEL CONTRATISTA:
DARIAN LORENA ROMERO MACIAS
CC: 1031177472
CEL: 3007666503

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			
DARIAN LORENA ROMERO MACIAS			
	CON C.C N°	**1.031.177.472**	
OBJETO DEL CONTRATO:	PRESTAR SERVICIOS COMO TECNICO PARA DESARROLLAR ACTIVIDADES EN LA DIRECCION ADMINISTRATIVA DE LA SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E.		
CONTRATO DE PRESTACION DE SERVICIOS PROFESIONALES No.	**PS 1957 2025**	**FECHA INICIO CONTRATO**	**2025/01/01**
VALOR INICIAL DEL CONTRATO	$ 8.016.078	**No. HORAS EJECUTADAS**	**0**
VALOR TOTAL DEL CONTRATO INCLUIDO ADICIONES:	$ 21.376.208	**VALOR DE HONORARIOS PERÍODO A CERTIFICAR:**	$ 2.672.026
PLAZO DEL CONTRATO INCLUYENDO PRORROGAS	OCHO (8) MESES		
UNIDAD FUNCIONAL DE EJECUCIÓN DE ACTIVIDADES:	HOSPITAL SANTA CLARA		
NOMBRE DEL SUPERVISOR:	MARIA LORENA ROJAS VAN STRAHLEN		

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	VELAR POR LA LEGALIZACIÓN, RECOLECCIÓN DE FIRMAS EN LOS SOPORTES DE INGRESO Y EGRESO.
2	REALIZAR LA CLASIFICACIÓN Y ORGANIZACIÓN DE LOS ELEMENTOS QUE INGRESAN AL SUB-ALMACÉN DE ACUERDO A LA RECEPCIÓN DE LOS MISMOS, A FIN DE GARANTIZAR SU RÁPIDA LOCALIZACIÓN Y SEGURIDAD, MANTENIENDO LAS CONDICIONES DE CALIDAD Y OPORTUNIDAD.
3	APLICAR LAS NORMAS DE RECEPCIÓN, ALMACENAMIENTO Y DISTRIBUCIÓN DE LOS INSUMOS PARA EL BUEN FUNCIONAMIENTO DEL SUB-ALMACÉN DE LA RESPECTIVA UNIDAD.
4	APOYAR EN LA CREACIÓN, VERIFICACIÓN Y ACTUALIZACIÓN DEL PROCESO DE INSUMOS CON EL INVIMA CORRESPONDIENTE, CUM Y FECHAS DE LOS MISMO, PARA ASÍ GARANTIZAR EL CORRECTO INGRESO DE LAS FACTURAS
5	ORGANIZAR LOS MEDICAMENTOS, INSUMOS MEDICO QUIRURGICOS Y DEMÁS ELEMENTOS EN LA ESTANTERÍA DE ACUERDO CON EL ORDEN ESTABLECIDO, PARA DETECTAR EL ÍNDICE DE ROTACIÓN Y LOS NIVELES DE EXISTENCIA.
6	ALISTAR Y REALIZAR LAS ENTREGAS DE LOS PRODUCTOS QUE REQUIEREN LAS ÁREAS Y SERVICIOS DE LA RESPECTIVA UNIDAD, DE ACUERDO CON LOS PEDIDOS Y COMPROBANTES DE SALIDAS.
7	MANTENER LA BODEGA EN COMPLETO ORDEN Y CLASIFICACIÓN.
8	APOYAR EN LA ELABORACIÓN DE COMPROBANTES TANTO DE INGRESO COMO DE SALIDA EN EL MODULO DE ALMACEN DEL PROGRAMA DINÁMICA GERENCIAL.
9	APOYAR LA RECEPCIÓN ADMINISTRATIVA DE LOS MEDICAMENTOS E INSUMOS MÉDICOS QUIRÚRGICOS CON EL FIN DE REALIZAR EL TRÁMITE CORRESPONDIENTE.
10	MANTENER ADECUADA COMUNICACIÓN CON LAS ÁREAS Y SERVICIOS DE LA RESPECTIVA UNIDAD, PARA LA ENTREGA DE LOS PEDIDOS.
11	REALIZAR INFORME MENSUAL DE SUS ACTIVIDADES Y ENTREGARLAS AL SUPERVISOR DEL CONTRATO PARA QUE ESTE CERTIFIQUE EL CUMPLIMIENTO DE LAS MISMAS.
12	APOYAR EN EL DESARROLLO Y ACTUALIZACIÓN DE LOS INVENTARIOS PERIÓDICOS Y ANUALES SOBRE LOS ELEMENTOS EXISTENTES EN EL ALMACÉN DE LA RESPECTIVA UNIDAD

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 (2025-07-01) AL (2025-07-31)

IV. INFORMACIÓN DE APORTES A SEGURIDAD SOCIAL

No. DE PLANILLA:	N° 87910348	OPERADOR:	MI PLANILLA

CONCEPTO DEL PAGO	ENTIDAD	FECHA DE PAGO	VALOR PAGADO
SALUD:	COMPENSAR	2025/07/11	$ 178.000
PENSIÓN:	COLPENSIONES	2025/07/11	$ 227.800
RIESGOS LABORALES:	SURA	2025/07/11	$ 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	*DARIAN LORENA ROMERO MACIAS* *PS_1957_2025_823108-2025-07-16 21:40:42* **DARIAN LORENA ROMERO MACIAS** **CC: 1031177472**
FIRMA DE QUIEN VALIDA	*JOHN JAIRO GUERRERO GONZÁLEZ* *PS_1957_2025_823108-2025-07-17 15:17:02* **JOHN JAIRO GUERRERO GONZÁLEZ** **SUPERVISOR ALTERNO**
FIRMA DE QUIEN CONVALIDA EL CUMPLIMIENTO DE LAS OBLIGACIONES PARA EL PRESENTE PERIODO DE PAGO	*MARIA LORENA ROJAS VAN STRAHLEN* *PS_1957_2025_823108-2025-07-17 15:53:47* **MARIA LORENA ROJAS VAN STRAHLEN** **SUPERVISOR DEL CONTRATO**