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:	**WILSON ENRIQUE RODRIGUEZ ROMERO**			**CC:**	**79962083**
CORREO ELECTRÓNICO:	**APOYOCALLCENTER@SUBREDCENTROORIENTE.GOV.CO**			**TELÉFONO:**	**3103282506**
DIRECCIÓN DOMICILIO:	**CL 52 SUR 97 68 IN 3 APTO 303**			**CIUDAD:**	**BOGOTA**
BANCO AL CUAL CONSIGNAR:	**BANCO AV VILLAS**	**TIPO DE CUENTA:**	**AHORROS**	**N° CUENTA:**	**096766287**

DATOS DEL CONTRATO O ADICION Y PERIODO OBJETO DE PAGO						
Nº DEL CONTRATO:	**PS 1482 2025**	**N° CDP:**	**1900**	**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 2025/07/15**					
VALOR A PAGAR CORRESPONDIENTE AL PERIODO OBJETO DE COBRO	**$ 1.111.473**					

WILSON ENRIQUE RODRIGUEZ ROMERO
PS_1482_2025_965B69-2025-07-15 19:36:05

NOMBRE Y FIRMA DEL CONTRATISTA:
WILSON ENRIQUE RODRIGUEZ ROMERO
CC: 79962083
CEL: 3103282506

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			
WILSON ENRIQUE RODRIGUEZ ROMERO			
	CON C.C N°	**79.962.083**	
OBJETO DEL CONTRATO:	PRESTAR SERVICIOS COMO TECNICO DE APOYO A LA GESTION 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 1482 2025**	**FECHA INICIO CONTRATO**	**2025/01/01**
VALOR INICIAL DEL CONTRATO	$ 6.668.838	**No. HORAS EJECUTADAS**	**0**
VALOR TOTAL DEL CONTRATO INCLUIDO ADICIONES:	$ 17.783.568	**VALOR DE HONORARIOS PERÍODO A CERTIFICAR:**	$ 1.111.473
PLAZO DEL CONTRATO INCLUYENDO PRORROGAS	OCHO (8) 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	6. Se realiza diariamente seguimiento al proceso y gestión que realiza mesa de ayuda, así mismo se analizan los informes diarios presentados y se plantean acciones de mejora. Correo electrónico (formato de oportunidad para depurar citas en trámite) WhatsApp, zoom, meet, teams.
2	8. Se ofrecen semanalmente material insumo para capacitación (pre - turnos) a los agentes, supervisores y el staff del Call Center Distrital, con el ánimo de fortalecer el proceso de asignación de citas médicas y de esta manera minimizar los errores. Correo electrónico, formato capacitaciones (pre turno) zoom, meet, teams, WhatsApp.
3	14. Se da buen uso y manejo de la información contenida en los aplicativos institucionales. correo electrónico, claves y usuarios.
4	15. Se da cumplimiento a los servicios de acuerdo horarios requeridos según las necesidades de la Subred Integrada de Servicios de Salud Centro Oriente E.S.E. Registros en bases generadas por aplicativo institucional, correo electrónico,
5	16. Se porta la carne, chaqueta y demás elementos institucionales. carne y chaqueta institucional
6	17. Se realizan actividades de acuerdo a las necesidades de la institución y que están en el objeto contractual Cuentas de cobro, actas de reunión, registros en aplicativo institucional
7	1. Se realiza asistencia técnica cada vez que el equipo de enlaces y la operación o el staff del Call Center Distrital así lo requiera, dando solución inmediata según sea la necesidad. Actas de reuniones, correo electrónico (preguntas ECA), zoom, meet, teams, WhatsApp.
8	2. Se descarga diariamente la base generada por el sistema institucional dinámica gerencia, como insumo para informes. Formato acción preventiva, Registros diario - citas mal asignadas, correo electrónico.
9	3. Se gestionan las novedades reportadas por el supervisor del contrato y/o referente de enlaces citas médicas. Correo electrónico, zoom, meet, teams, WhatsApp. Ubicación: correo institucional
10	4. Se realiza acción preventiva con antelación al día programado, para identificar los errores de manera anticipada y se reportan a la operación (mesa de ayuda) para su respectiva solución.
11	Para el mes de marzo 2025 se identificó 90 errores de asignación, viéndose afectadas con las tipificaciones; frecuencia de uso 50, no se tiene en cuenta la edad del paciente al momento de programar citas 30, Capta cita con el documento del mismo funcionario 7
12	5. Se realiza diariamente seguimiento a cada uno de los reportes y se plantean acciones de mejora. Para los casos identificados, se reportan diariamente por medio de WhatsApp y correo electrónico, con el fin que desde la central de agendas se direccione al área que incurrió en el error y sea la encargada de realizar la corrección.
13	7. Se ofrece asistencia técnica y enlace según sea la necesidad para dar pronta y adecuada solución a los inconvenientes que se presenten. Correo electrónico, WhatsApp.
14	9. Se hace continuo seguimiento al correo y se da respuesta a las solicitudes de citas médicas Correo electrónico, WhatsApp.
15	10. Se asiste a las reuniones programadas por la jefatura y/o reuniones de equipo. Actas de asistencia, (zoom)
16	11. Se asiste a las actividades programadas por la subred, para el fortalecimiento de competencias. Certificados del curso, actas de asistencia, zoom, meet, teams

17	12. Se asiste a las actividades programadas por la subred, para el fortalecimiento de capacidades. Certificados del curso, actas de asistencia, zoom, meet, teams
18	13. Se apoya cada una de las necesidades propias de la Oficina de Participación Comunitaria y Servicio al ciudadano. Correo electrónico, actas, zoom, meet, teams, WhatsApp.

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 (2025-07-15)

IV. INFORMACIÓN DE APORTES A SEGURIDAD SOCIAL

No. DE PLANILLA:	N° 87992323	OPERADOR:	MI PLANILLA

CONCEPTO DEL PAGO	ENTIDAD	FECHA DE PAGO	VALOR PAGADO
SALUD:	FAMISANAR	2025/07/09	$ 178.000
PENSIÓN:	PROTECCION	2025/07/09	$ 227.800
RIESGOS LABORALES:	SEGUROS BOLIVAR	2025/07/09	$ 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	*WILSON ENRIQUE RODRIGUEZ ROMERO* *PS_1482_2025_965B69-2025-07-15 19:36:05* **WILSON ENRIQUE RODRIGUEZ ROMERO** **CC: 79962083**
FIRMA DE QUIEN VALIDA	*MARÍA CAROLINA PINILLA JIMÉNEZ* *PS_1482_2025_965B69-2025-07-16 12:12:26* **MARÍA CAROLINA PINILLA JIMÉNEZ** **SUPERVISOR ALTERNO**

SHIRLEY JANNETH TORRES RODRÍGUEZ
PS_1482_2025_965B69-2025-07-17 15:35:40
SHIRLEY JANNETH TORRES RODRÍGUEZ

SUPERVISOR DEL CONTRATO

FIRMA DE QUIEN CONVALIDA EL CUMPLIMIENTO DE LAS OBLIGACIONES PARA EL PRESENTE PERIODO DE PAGO	