

		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: (31-08-2025)							
NOMBRES Y APELLIDOS:		GINNA ANDREA MENDEZ GOMEZ			CC:		1022991492
CORREO ELECTRÓNICO:		ANDREAMEGO-0420@HOTMAIL.COM			TELÉFONO:		3224482932
DIRECCIÓN DOMICILIO:		CL 69D BIS 4 48 SUR			CIUDAD:		BOGOTA
BANCO AL CUAL CONSIGNAR:		BANCO DAVIVIENDA S.A.	TIPO DE CUENTA:	AHORROS	N° CUENTA:		488402385980
DATOS DEL CONTRATO O ADICION Y PERIODO OBJETO DE PAGO							
N° DEL CONTRATO:		PS 5827 2025	N° CDP:	2295	N°. RP:	0	PLAZO DEL CONTRATO INCLUIDAS PRORROGAS: UNO (1) MESES Y SEIS (6) DÍAS
FECHA DE INICIO CONTRATO		2025/06/26	FECHA DE TERMINACIÓN CONTRATO:		2025/08/01		
PERIODO OBJETO DE COBRO:		DEL 2025/08/01 AL 2025/08/31					
VALOR A PAGAR CORRESPONDIENTE AL PERIODO OBJETO DE COBRO		\$ 1.900.000					
 GINNA ANDREA MENDEZ GOMEZ PS_5827_2025_529053 NOMBRE Y FIRMA DEL CONTRATISTA: GINNA ANDREA MENDEZ GOMEZ CC: 1022991492 CEL: 3224482932							

CELEBRADO ENTRE LA SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E Y

GINNA ANDREA MENDEZ GOMEZ

CON C.C N°

1.022.991.492

OBJETO DEL CONTRATO:	PRESTAR SERVICIOS DE APOYO A LA GESTION PARA DESARROLLAR ACTIVIDADES EN EL MARCO DEL CONVENIO INTERADMINISTRATIVO 7755548 DE 2025 PROGRAMA RUTA DE LA SALUD PARA 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 5827 2025	FECHA INICIO CONTRATO	2025/06/26
VALOR INICIAL DEL CONTRATO	\$ 2.216.667	No. HORAS EJECUTADAS	0
VALOR TOTAL DEL CONTRATO INCLUIDO ADICIONES:	\$ 4.940.000	VALOR DE HONORARIOS PERÍODO A CERTIFICAR:	\$ 1.900.000
PLAZO DEL CONTRATO INCLUYENDO PRORROGAS	UNO (1) MESES Y SEIS (6) DÍAS		

UNIDAD FUNCIONAL DE EJECUCIÓN DE ACTIVIDADES:	SEDE ADMINISTRATIVA SAN JOSE OBRERO
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	Para el mes de Agosto se informó y oriento a los usuarios y su familia de manera presencial en las sedes de la Subred Integrada de Servicios de Salud Centro Oriente en la sede Centro de Salud Primera de Mayo, promoviendo el enfoque diferencial según la necesidad de los mismos y entregar soporte físico de la atención individual o grupal y realizar los registros en el aplicativo SI CUENTANOS de manera oportuna.
2	No aplica para el mes de Agosto, porque se da continuidad a la ejecución del contrato.
3	Para el mes de Agosto se realizó filtro de ingreso en el Centro de Salud Primera de Mayo para identificar necesidad de usuarios y direccionar de manera adecuada, cálida, oportuna y efectiva; verificando la documentación pertinente, de acuerdo con el servicio requerido.
4	Para el mes de Agosto 2025, se identifica la población preferencial, poblacional y especial gestionando su atención con celeridad contribuyendo a la atención integral y con calidad y realizar los registros SI CUENTANOS, para traslado en el Programa Ruta de la Salud.
5	Para el mes de Agosto se realiza divulgación permanente de información de interés en sala de espera para los usuarios de los servicios, derechos y deberes del paciente, portafolio de servicios, mecanismos de escucha, y demás requeridos por la Subred Integrada de Servicios de Salud Centro Oriente E.S.E, con un total de 63 formatos de sensibilizaciones.
6	Para el mes de Agosto se da información y orientación a los usuarios del programa de la Ruta de la Salud, así mismo, realizar el respectivo agendamiento de los usuarios que soliciten el servicio a través del link de programación.
7	Para el mes de Agosto se reportan las novedades a la coordinación sobre situaciones que se presenten durante los recorridos o en las USS que componen la Subred Integrada de Servicios de Salud Centro Oriente E.S.E
8	Para el mes de Agosto se viste adecuadamente los elementos de identificación suministrada y portar el carné institucional, así mismo responder y hacer uso racional del equipo de comunicación (celular corporativo).
9	Para el mes de Agosto se desarrolla las actividades para el fortalecimiento de la organización y operación del programa ruta de la salud, entre redes integradas de servicios de salud en el marco del convenio interadministrativo entre el FFDS y la Subred integrada de Servicios de Salud Centro Oriente E.S.E. Para el mes de Agosto 2025 las demás actividades que designe el supervisor del contrato en el marco del convenio interadministrativo 7755548 de 2025 Programa Ruta de la Salud, en cuanto a la asistencia a fortalecimientos institucionales, entre

Otros.

10			
III. VERIFICACION DE ACTIVIDADES DESARROLLADAS			
SE VERIFICA 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 (2025-08-01) AL (2025-08-31)			
IV. INFORMACIÓN DE APORTES A SEGURIDAD SOCIAL			
No. DE PLANILLA:	N° 9489921121	OPERADOR:	APORTES EN LINEA
CONCEPTO DEL PAGO	ENTIDAD	FECHA DE PAGO	VALOR PAGADO
SALUD:	COMPENSAR	2025/08/21	\$ 178.000
PENSIÓN:	PORVENIR	2025/08/21	\$ 227.800
RIESGOS LABORALES:	SEGUROS BOLIVAR	2025/08/21	\$ 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 ningún 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	 GINNA ANDREA MENDEZ GOMEZ PS_5827_2025_529053 GINNA ANDREA MENDEZ GOMEZ CC: 1022991492		
FIRMA DE QUIEN VALIDA	 LUZ ESTELA GONZALEZ PENAGOS PS_5827_2025_529053 LUZ ESTELA GONZALEZ PENAGOS SUPERVISOR ALTERNO		
 SHIRLEY JANNETH TORRES RODRÍGUEZ PS_5827_2025_529053 SHIRLEY JANNETH TORRES RODRÍGUEZ			



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

--