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:	**JENNY MARCELA HURTADO ROJAS**			**CC:**	**1033767592**
CORREO ELECTRÓNICO:	**HURTADO.J8@HOTMAIL.COM**			**TELÉFONO:**	**3203951613**
DIRECCIÓN DOMICILIO:	**CALLE 92 bis sur No 18 f 65**			**CIUDAD:**	**BOGOTA**
BANCO AL CUAL CONSIGNAR:	**BANCO DAVIVIENDA S.A.**	**TIPO DE CUENTA:**	**AHORROS**	**N° CUENTA:**	**488444203217**

DATOS DEL CONTRATO O ADICION Y PERIODO OBJETO DE PAGO						
Nº DEL CONTRATO:	**PS 3248 2025**	**N° CDP:**	**2500**	**N°. RP:**	**0**	**PLAZO DEL CONTRATO INCLUIDAS PRORROGAS: DIEZ (10) MESES**
FECHA DE INICIO CONTRATO	**2025/01/01**	**FECHA DE TERMINACIÓN CONTRATO:**		**2025/10/31**		
PERIODO OBJETO DE COBRO:	**DEL 2025/08/01 AL 2025/08/31**					
VALOR A PAGAR CORRESPONDIENTE AL PERIODO OBJETO DE COBRO	**$ 3.143.560**					

JENNY MARCELA HURTADO ROJAS
PS_3248_2025_DAE854

NOMBRE Y FIRMA DEL CONTRATISTA:
JENNY MARCELA HURTADO ROJAS
CC: 1033767592
CEL: 3203951613

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			
JENNY MARCELA HURTADO ROJAS			
	CON C.C N°	**1.033.767.592**	
OBJETO DEL CONTRATO:	PRESTAR SERVICIOS COMO TECNOLOGO PARA DESARROLLAR ACTIVIDADES EN LA DIRECCION DE CONTRATACION DE LA SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E.		
CONTRATO DE PRESTACION DE SERVICIOS PROFESIONALES No.	**PS 3248 2025**	**FECHA INICIO CONTRATO**	**2025/01/01**
VALOR INICIAL DEL CONTRATO	$ 9.430.680	**No. HORAS EJECUTADAS**	**0**
VALOR TOTAL DEL CONTRATO INCLUIDO ADICIONES:	$ 31.435.600	**VALOR DE HONORARIOS PERÍODO A CERTIFICAR:**	$ 3.143.560
PLAZO DEL CONTRATO INCLUYENDO PRORROGAS	DIEZ (10) MESES		
UNIDAD FUNCIONAL DE EJECUCIÓN DE ACTIVIDADES:	SEDE ADMINISTRATIVA DIAGONAL 34		
NOMBRE DEL SUPERVISOR:	JORGE ALBERTO GARCIA GONZALEZ		

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 realizo el trámite y revisión de procesos en sus diferentes etapas (fase de planeación, pre contractual, contractual y pos contractual) tales como: Solicitudes de Bienes y Servicios: Servicio Nube Azure. Estudios Previos: Sillas reclinables, Comodato Contrato 02 BS 0044 2025, Se realizo el trámite y revisión de procesos en sus diferentes etapas (fase de planeación, pre contractual, contractual y pos contractual) tales como: Solicitudes de Bienes y Servicios: Solicitudes de Bienes y Servicios: Servicio Nube Azure. Estudios Previos: Sillas reclinables, Comodato Contrato 02 BS 0044 2025, Se elaboraron pliegos de condiciones de los siguientes Procesos: Invitación a Cotizar No. 026-2025 Certificación Ascensores, Invitación a Cotizar No. 036-2025 Suministro Insumos Laboratorio (Filtros) Se realizo seguimiento a los siguientes procesos de contratación: Invitación a Cotizar No. 054-2025 Publicación Libros, Invitación a Cotizar No. 055-2025 Vertimientos, Invitación a Cotizar No. 056-2025 Certificación Ascensores, Invitación a Cotizar No. 060-2025 Mobiliario, Invitación a Cotizar 061-2025 Sillas reclinables, Invitación a Cotizar No. 062-2025 Transporte CAMAD, Contratación Directa No. 022-2025 Insumos Odontológicos, Contratación Directa No. 024-2025 Elementos Promocionales PSPIC, Contratación Directa No. 026-2025 Tubos Colorimétricos. Se realizó revisión de pólizas de los diferentes contratos suscritos de prestación de servicios y suministro y sus respectivas modificaciones Elaboración de los siguientes contratos: 02 BS 0053-2025 MULTISUMINISTROS S.A.S., 02 BS 0054-2025 GROUP SERVICES S.A.S., 02 BS 0057 2025 SERSUGEN S.A.S., 02 BS 0058 2025 SUBIECON LTDA. Se elaboro Certificación de indicador Fénix correspondiente al mes de julio.

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° 9489894969	OPERADOR:	APORTES EN LINEA
CONCEPTO DEL PAGO	ENTIDAD	FECHA DE PAGO	VALOR PAGADO

SALUD:	COMPENSAR	2025/08/14	$ 178.000
PENSIÓN:	PROTECCION	2025/08/14	$ 227.800
RIESGOS LABORALES:	SURA	2025/08/14	$ 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	*JENNY MARCELA HURTADO ROJAS* *PS_3248_2025_DAE854* **JENNY MARCELA HURTADO ROJAS** **CC: 1033767592**
FIRMA DE QUIEN CONVALIDA EL CUMPLIMIENTO DE LAS OBLIGACIONES PARA EL PRESENTE PERIODO DE PAGO	*JORGE ALBERTO GARCIA GONZALEZ* *PS_3248_2025_DAE854* **JORGE ALBERTO GARCIA GONZALEZ** **SUPERVISOR DEL CONTRATO**