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: (30-09-2025)						
NOMBRES Y APELLIDOS:	**LINEY MARITZA CIFUENTES CATELBLANCO**				**CC:**	**52735074**
CORREO ELECTRÓNICO:	**LINEYM2006@GMAIL.COM**				**TELÉFONO:**	**3214311204**
DIRECCIÓN DOMICILIO:	**KR 2A 17A 35 SUR**				**CIUDAD:**	**BOGOTA**
BANCO AL CUAL CONSIGNAR:	**BANCO DAVIVIENDA S.A.**	**TIPO DE CUENTA:**	**AHORROS**		**N° CUENTA:**	**008480259467**
DATOS DEL CONTRATO O ADICION Y PERIODO OBJETO DE PAGO						
Nº DEL CONTRATO:	**PS 1023 2025**	**N° CDP:**	**2491**	**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 2025/09/01 AL 2025/09/30**					
VALOR A PAGAR CORRESPONDIENTE AL PERIODO OBJETO DE COBRO	**$ 3.143.560**					

LINEY MARITZA CIFUENTES CATELBLANCO
PS_1023_2025_18FBE4

NOMBRE Y FIRMA DEL CONTRATISTA:
LINEY MARITZA CIFUENTES CATELBLANCO
CC: 52735074
CEL: 3214311204

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			
LINEY MARITZA CIFUENTES CATELBLANCO			
	CON C.C N°	**52.735.074**	
OBJETO DEL CONTRATO:	PRESTAR SERVICIOS COMO TECNOLOGO ADMINISTRATIVO PARA DESARROLLAR ACTIVIDADES EN LA OFICINA DE CONTROL INTERNO DISCIPLINARIO DE LA SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E.		
CONTRATO DE PRESTACION DE SERVICIOS PROFESIONALES No.	**PS 1023 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:	MIGUEL ANGEL LIÑEIRO COLMENARES		

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	Las anteriores actividades se realizan en ejecución de la relación contractual, con total autonomía e independencia
2	Se cargaron al aplicativo agilsalud 122 comunicaciones derivadas de la sustanciación de procesos realizada por los abogados de la oficina de Disciplinario información que reposa en el aplicativo correspóndiente. Se realizó apertura, reparto. Carpeta. Foliación y entrega de 9 quejas en la OCDI para sustanciación de abogados. Se realizó la certificación de los contratistas de la OCDI en el aplicativo institucional correspondiente. Se realizó la actualización de la base de datos de la Oficina de disciplinario. Correspondiente a expedientes activos. Se realizó el cargue correspondiente al mes de agosto del indicador 101 (personería de Bogotá) en el aplicativo institucional ALMERA. Se diligencio la base de información solicitada por corporativa del 28/08/2025 (Requerimientos de personal por Dirección y Oficinas Asesoras) para revisión y aprobación del jefe de oficina. Se proyectó respuesta a correo de fecha 01/09/2025 enviado por desarrollo institucional. Referente a (Solicitud de información Posible materialización de riesgos identificados Primer semestre 2025) para revisión y aprobación jefe de oficina. Se proyectó respuesta a correo de fecha 19/09/2025 referente a (Solicitud de información para reporte de Autodiagnóstico del Sistema Integral de Riesgos año 2024 de la Supersalud) para revisión y aprobación del jefe de oficina. Se realizó escaneo, envió y respuesta de los siguientes expedientes a solicitud de las partes. Por medio de correo electrónico. 1. 096 de 2023 de 03/09/2025 2. 049 de 2023 de 05/09/2025 3. 040 de 2022 de 08/09/2025 4. 123 de 2024 de 09/09/2025 5. 036 de 2023 de 16/09/2025 6. 092 de 2022 de 23/09/2025 7. 056 de 2023 de 24/09/2025 Se notificaron personalmente los investigados de los expedientes 092/2022, 018/2023. 007/2023. Se archivaron 82 respuestas enviadas de las diferentes entidades o dependencias. como solicitud de pruebas para los expedientes activos. Se realizó revisión diaria del correo, Aplicativo Bogotá te escucha, agilsalud asignados a la oficina. Se realizó el descargue de la información que ingresa por medios electrónicos, como soporte de pruebas y respuestas y se incorporaron a los procesos. Se realizó la numeración y fecha de 40 autos aprobados por el jefe de oficina.

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 (2025-09-01) AL (2025-09-30)

IV. INFORMACIÓN DE APORTES A SEGURIDAD SOCIAL

No. DE PLANILLA:	N° 89084664	OPERADOR:	MI PLANILLA

CONCEPTO DEL PAGO	ENTIDAD	FECHA DE PAGO	VALOR PAGADO
SALUD:	COMPENSAR	2025/09/25	$ 177.938
PENSIÓN:	COLFONDOS	2025/09/25	$ 227.760
RIESGOS LABORALES:	POSITIVA	2025/09/25	$ 34.677
OTRO			
TOTAL PAGADO			$ 440.375

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	*LINEY MARITZA CIFUENTES CATELBLANCO* *PS_1023_2025_18FBE4* **LINEY MARITZA CIFUENTES CATELBLANCO** **CC: 52735074**
FIRMA DE QUIEN CONVALIDA EL CUMPLIMIENTO DE LAS OBLIGACIONES PARA EL PRESENTE PERIODO DE PAGO	*MIGUEL ANGEL LIÑEIRO COLMENARES* *PS_1023_2025_18FBE4* **MIGUEL ANGEL LIÑEIRO COLMENARES** **SUPERVISOR DEL CONTRATO**