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: 7
FECHA: 2025-06-09

DATOS DEL CONTRATISTA					
FECHA DE DILIGENCIAMIENTO: (31-10-2025)					
NOMBRES Y APELLIDOS:	**MAYRA ALEJANDRA GUTIERREZ ORTIZ**			**CC:**	**1074133856**
CORREO ELECTRÓNICO:	**MGUTIERREZO677@GMAIL.COM**			**TELÉFONO:**	**3002408030**
DIRECCIÓN DOMICILIO:	**KR 16 10 A 08 SUR**			**CIUDAD:**	**BOGOTA**
BANCO AL CUAL CONSIGNAR:	**BANCO DE BOGOTA**	**TIPO DE CUENTA:**	**AHORROS**	**N° CUENTA:**	**102647005**
DATOS DEL CONTRATO O ADICION Y PERIODO OBJETO DE PAGO					
Nº DEL CONTRATO:	**PS 1937 2025**	**VALOR CORRESPONDIENTE AL PERIODO OBJETO DE COBRO**			**$ 2.672.026**
FECHA DE INICIO CONTRATO	**2025/01/01**	**FECHA DE TERMINACIÓN CONTRATO:**			**2025/09/01**
PERIODO OBJETO DE COBRO:	**DEL 2025/10/01 AL 2025/10/31**				

MAYRA ALEJANDRA GUTIERREZ ORTIZ
PS_1937_2025_37C8BD

NOMBRE Y FIRMA DEL CONTRATISTA:
MAYRA ALEJANDRA GUTIERREZ ORTIZ
CC: 1074133856
CEL: 3002408030

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			
MAYRA ALEJANDRA GUTIERREZ ORTIZ			
	CON C.C N°	**1.074.133.856**	
OBJETO DEL CONTRATO:	PRESTAR SERVICIOS COMO TECNICO AMBIENTAL 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 1937 2025**	**FECHA INICIO CONTRATO**	**2025/01/01**
VALOR INICIAL DEL CONTRATO	$ 8.016.078	**No. HORAS EJECUTADAS**	**0**
VALOR TOTAL DEL CONTRATO INCLUIDO ADICIONES:	$ 26.720.260	**VALOR DE HONORARIOS PERÍODO A CERTIFICAR:**	$ 2.672.026
PLAZO DEL CONTRATO INCLUYENDO PRORROGAS	NUEVE (9) 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	Obligación 1: Se realizó la actualización y consolidación de los consumos de agua, energía y gas de las siguientes Unidades: Centro de Salud Olaya, Centro de Salud Diana Turbay, Centro de Salud Chircales, Centro de Salud San Jorge, Centro transitorio de Salud Bravo Páez y Sede Administrativa San Jose Obrero - Drive de seguimiento a servicios públicos.
2	Obligación 2: Esta obligación especifica no fue ejecutada en esta vigencia - No aplica.
3	Obligación 3: Se reporta por mesa de ayuda las fugas de agua al area encargada de las Unidades: Salud Chircales, Centro de Salud San Jorge, Centro transitorio de Salud Bravo Páez y Sede Administrativa San Jose Obrero
4	Obligación 4: Se realizó la actualización y consolidación de los consumos de agua, energía y gas de las siguientes Unidades: Centro de Salud Olaya, , Centro de Salud Diana Turbay, Centro de Salud Chircales, Centro de Salud San Jorge, Centro transitorio de Salud Bravo Páez y Sede Administrativa San Jose Obrero - Drive de seguimiento a servicios públicos.
5	Obligación 5: Se capacitó al personal asistencial y administrativo manejando temas tales como PIGA, adecuado manejo de residuos cortopunzantes y PGIRHS en las siguientes:Centro de Salud Olaya, Centro de Salud Diana Turbay, Centro de Salud Chircales, Centro de Salud San Jorge, Centro transitorio de Salud Bravo Páez y Sede Administrativa San Jose Obrero - Listado de asistencia Matriz de capacitaciones
6	Obligación 6: Se aplicaron listas de chequeo en los diferentes servicios asistenciales de las siguientes Unidades Centro de Salud Olaya, Centro de Salud Diana Turbay, Centro de Salud Chircales, Centro de Salud San Jorge, Centro transitorio de Salud Bravo Páez y Sede Administrativa San Jose Obrero - Lista de verificación, Drive de listas de verificación
7	Obligación 7: Se verificó y se consolidó en medio físico y magnético los Formatos RH1 de las siguientes Unidades: Centro de Salud Olaya, Centro de Salud Diana Turbay, Centro de Salud Chircales, Centro de Salud San Jorge, Centro transitorio de Salud Bravo Páez y Sede Administrativa San Jose Obrero- Carpeta física de Formatos RH1, Drive de RH1, Drive de scanner de Formatos RH1
8	Obligación 8: Se realizó arqueo y comparación de los manifiesto de transporte vs certificado de tratamiento vs Formatos RH1 de las siguientes Unidades: Centro de Salud Olaya, Centro de Salud Diana Turbay, Centro de Salud Chircales, Centro de Salud San Jorge, Centro transitorio de Salud Bravo Páez y Sede Administrativa San Jose Obrero - Carpeta física de Formatos RH1, Drive de RH1, Drive de scanner de Formatos RH1
9	Obligación 9: Se realizo la consolidación del numero capacitaciones y personal capacitado realizado en las Unidades: Centro de Salud Olaya, Centro de Salud Diana Turbay, Centro de Salud Chircales, Centro de Salud San Jorge, Centro transitorio de Salud Bravo Páez y Sede Administrativa San Jose Obrero - Matriz de capacitaciones
10	Obligación 10: Se realizó las actividades desarrollodas del POA y PIGA del Centro de Salud Olaya, Centro de Salud Diana Turbay, Centro de Salud Chircales, Centro de Salud San Jorge, Centro transitorio de Salud Bravo Páez y Sede Administrativa San Jose Obrero
11	Obligación 11: Se realizó la actualización del inventario de contenedores, de acuerdo a la entrega de estos durante el periodo de vigencia en el Centro de Salud Olaya, Centro de Salud Diana Turbay, Centro de Salud Chircales, Centro de Salud San Jorge, Centro transitorio de Salud Bravo Páez y Sede Administrativa San Jose Obrero- Actualización del documento de PGIRASA.
12	Obligación 12: Se realiza verificación del lavado de tanques según cronograma de las unidades de Centro de Salud Olaya, Centro de Salud Diana Turbay, Centro de Salud Chircales, Centro de Salud San Jorge, Centro transitorio de Salud Bravo Páez y Sede Administrativa San Jose Obrero
13	Obligación 13: Esta obligación especifica no fue ejecutada en esta vigencia - No aplica.
14	Obligación 14: Se ejecutan las actividades descritas en las obligaciones especificas del contrato.
15	Obligación 15: Se asiste a la reunión mensual con el equipo de gestión ambiental para revisar las actividades realizadas en el mes anterior y en curso. Además, se asignan las actividades que se deben cumplir en el mes en curso. Se realizan todas las actividades que se designan por el supervisor del contrato: Reporte de biciusuarios. Actualización de kits contraderrames. Control de plagas. Entrega de rótulos de canecas. Rondas de seguridad. Reporte de mesas de ayudas a las diferentes áreas. Entrega de contenedores para la disposicion de residuos. Dar solución a necesidades del líder del Centro de Salud Olaya, Centro de Salud Diana Turbay, Centro de Salud Chircales, Centro de Salud San Jorge, Centro transitorio de Salud Bravo Páez y Sede Administrativa San Jose Obrero-

16	Obligación 16: Esta obligación especifica no fue ejecutada en esta vigencia - No aplica.
17	Obligación 17: Esta obligación especifica no fue ejecutada en esta vigencia - No aplica.
18	Obligación 18: Se realizó instalacion de rutas sanitarias actualizadas en las unidades de Centro de Salud Olaya, Centro de Salud Diana Turbay, Centro de Salud Chircales, Centro de Salud San Jorge, Centro transitorio de Salud Bravo Páez y Sede Administrativa San Jose Obrero
19	Obligación 19: Se realizó auditorias internas de acuerdo al cronograma y los servicios que se informan con anterioridad - Drive de auditorias internas

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 (2025-10-01) AL (2025-10-31)

IV. INFORMACIÓN DE APORTES A SEGURIDAD SOCIAL

No. DE PLANILLA:	N° 8390002189	OPERADOR:	MI PLANILLA

CONCEPTO DEL PAGO	ENTIDAD	FECHA DE PAGO	VALOR PAGADO
SALUD:	COMPENSAR	2025/10/10	$ 178.000
PENSIÓN:	COLPENSIONES	2025/10/10	$ 227.800
RIESGOS LABORALES:	SEGUROS BOLIVAR	2025/10/10	$ 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	*MAYRA ALEJANDRA GUTIERREZ ORTIZ* *PS_1937_2025_37C8BD* **MAYRA ALEJANDRA GUTIERREZ ORTIZ** **CC: 1074133856**
FIRMA DE QUIEN VALIDA	*JESSICA PAOLA PULIDO SALGADO* *PS_1937_2025_37C8BD* **JESSICA PAOLA PULIDO SALGADO** **SUPERVISOR ALTERNO**
	MARIA LORENA ROJAS VAN STRAHLEN *PS_1937_2025_37C8BD*

MARIA LORENA ROJAS VAN STRAHLEN
SUPERVISOR DEL CONTRATO

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

Compensar operador de información certifica que procesó el pago realizado por:

Señor(a): MAYRA ALEJANDRA GUTIERREZ ORTIZ
No. Identificación: CC1074133856
Dirección: CARRERA 16 #10 A SUR 08
Telefono: 3282828
Correo: mgutierrezo677@gmail.com
Ciudad: BOGOTÁ, D.C.
Número de Planilla: 8390002189

CITE EL NÚMERO DE PLANILLA PARA CUALQUIER CONSULTA DE PAGO

Nombre Aportante	MAYRA ALEJANDRA GUTIERREZ ORTIZ
Tipo y número de identificación	CC1074133856
Número de planilla	8390002189
Fecha pago	2025-10-10
Número de autorización pago	5766500
Banco	1023

Número de Empleados	1
Periodo de Cotización Salud	septiembre de 2025
Periodo de Cotización Pensión	septiembre de 2025
Número de Administradoras	4
Total Pagado	469000
Total Intereses de Mora	0

PAGADA

CÓDIGO ADMINISTRADORA	NOMBRE	TOTAL PAGADO	NÚMERO DE AFILIADOS
14-7	Cia. de Seguros Bolivar S.A.	34700	1
25-14	Administradora Colombiana de Pensiones - Colpensiones	227800	1
CCF24	Compensar Caja de Compensacion Fliar	28500	1
EPS008	Compensar EPS	178000	1

8390002189

TIPO DOC.: CC
NO. DOCUMENTO: 1074133856
APELLIDOS Y NOMBRES: MAYRA ALEJANDRA GUTIERREZ ORTIZ

Cód. EPS	Cód. AFP	IBC SALUD	IBC PENSIÓN	IBC RIESGOS	IBC CAJAS	COTIZACIÓN SALUD	VALOR UPC	COTIZACIÓN PENSIÓN	FONDO SOLIDARIDAD Y SUBSISTENCIA	COTIZACIÓN RIESGOS	APORTE CAJAS
EPS008	25-14	1423500	1423500	1423500	1423500	178000	0	227800	0	34700	28500

Este documento está clasificado como PRIVADO por parte de Compensar Operador de Información