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:	**ANA ISABEL JIMENEZ MENDEZ**			**CC:**	**41730479**
CORREO ELECTRÓNICO:	**ISABELIYA268@GMAIL.COM**			**TELÉFONO:**	**3133928078**
DIRECCIÓN DOMICILIO:	**KR 116 B 77 33**			**CIUDAD:**	**BOGOTA**
BANCO AL CUAL CONSIGNAR:	**BANCO DAVIVIENDA S.A.**	**TIPO DE CUENTA:**	**AHORROS**	**N° CUENTA:**	**008400696244**
DATOS DEL CONTRATO O ADICION Y PERIODO OBJETO DE PAGO					
Nº DEL CONTRATO:	**PS 3239 2025**	**VALOR CORRESPONDIENTE AL PERIODO OBJETO DE COBRO**			**$ 2.200.492**
FECHA DE INICIO CONTRATO	**2025/01/01**	**FECHA DE TERMINACIÓN CONTRATO:**			**2025/10/31**
PERIODO OBJETO DE COBRO:	**DEL 2025/10/10 AL 2025/10/30**				

ANA ISABEL JIMENEZ MENDEZ
PS_3239_2025_ECF037

NOMBRE Y FIRMA DEL CONTRATISTA:
ANA ISABEL JIMENEZ MENDEZ
CC: 41730479
CEL: 3133928078

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			
ANA ISABEL JIMENEZ MENDEZ			
	CON C.C N°	**41.730.479**	
OBJETO DEL CONTRATO:	PRESTAR SERVICIOS COMO TECNOLOGO DE APOYO A LA GESTION 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 3239 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:**	$ 2.200.492
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	1-Se realizó la revisión minuciosa de los soportes documentales requeridos para la elaboración y modificación de contratos, garantizando la consistencia y veracidad de la información antes de ser remitida a los responsables del proceso contractual.
2	2-Se actualizaron registros contractuales, se elaboraron comunicaciones a través de combinación de correspondencia y se revisaron documentos modificatorios (otrosíes), contribuyendo de manera oportuna al perfeccionamiento y legalización de los actos administrativos contractuales.
3	3-Se generaron y actualizaron expedientes de contratos y sus respectivos modificatorios en la plataforma de Colombia Compra Eficiente, cumpliendo con las disposiciones normativas vigentes sobre publicidad contractual.
4	4-Se llevó a cabo el monitoreo de los contratos asignados, garantizando el cierre oportuno de las etapas contractuales mediante la verificación de la firma electrónica y el cumplimiento de los requisitos de perfeccionamiento
5	5-Se actualizaron de manera permanente las bases de datos institucionales relacionadas con la contratación, asegurando la trazabilidad, organización y disponibilidad de la información.
6	6-Se brindó apoyo en la elaboración y remisión de respuestas a solicitudes y requerimientos de otras dependencias o entidades externas, dentro de los plazos establecidos
7	7-Se elaboraron y entregaron certificaciones contractuales solicitadas, garantizando su oportunidad, validez y fidelidad a los registros institucionales. Se realizaron 05 certificaciones solicitadas y se descargaron de la Intranet 10 certificaciones (se anexo evidencia) y se validaron 10 certificaciones enviadas al correo institucional
8	8-Se gestionaron las tareas en AgilSalud conforme a los tiempos establecidos, respondiendo con celeridad a las solicitudes asignadas y evitando
9	Se atendió de forma respetuosa, clara y eficaz a los usuarios, proporcionando información sobre trámites y procedimientos, lo que permitió fortalecer los canales de comunicación institucional
10	10.Se elaboraron reportes e informes solicitados por la Subred o por entes de control, garantizando que la información entregada fuese clara, pertinente, ajustada a la normativa y dentro de los plazos establecidos
11	11-Se atendieron de manera diligente las tareas complementarias asignadas por el supervisor, siempre dentro del marco del objeto contractual

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 (2025-10-10) AL (2025-10-30)

IV. INFORMACIÓN DE APORTES A SEGURIDAD SOCIAL			
No. DE PLANILLA:	N° 90399326	OPERADOR:	MI PLANILLA

CONCEPTO DEL PAGO	ENTIDAD	FECHA DE PAGO	VALOR PAGADO
SALUD:	NUEVA EPS	2025/10/17	$ 177.938
PENSIÓN:	PENSION	2025/10/17	$ 0
RIESGOS LABORALES:	SEGUROS BOLIVAR	2025/10/17	$ 34.677
OTRO			
TOTAL PAGADO			$ 212.615

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	*ANA ISABEL JIMENEZ MENDEZ* *PS_3239_2025_ECF037* **ANA ISABEL JIMENEZ MENDEZ** **CC: 41730479**
FIRMA DE QUIEN CONVALIDA EL CUMPLIMIENTO DE LAS OBLIGACIONES PARA EL PRESENTE PERIODO DE PAGO	*MIGUEL ANGEL LIÑEIRO COLMENARES* *PS_3239_2025_ECF037* **MIGUEL ANGEL LIÑEIRO COLMENARES** **SUPERVISOR DEL CONTRATO**