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:	**ROCIO MARGOTH DIAZ GOMEZ**			**CC:**	**42270376**
CORREO ELECTRÓNICO:	**LUZ01018@HOTMAIL.COM**			**TELÉFONO:**	**3002397133**
DIRECCIÓN DOMICILIO:	**CL 18 4 60 APTO 202**			**CIUDAD:**	**BOGOTA**
BANCO AL CUAL CONSIGNAR:	**BANCOLOMBIA**	**TIPO DE CUENTA:**	**AHORROS**	**N° CUENTA:**	**14166400873**
DATOS DEL CONTRATO O ADICION Y PERIODO OBJETO DE PAGO					
Nº DEL CONTRATO:	**PS 1461 2025**	**VALOR CORRESPONDIENTE AL PERIODO OBJETO DE COBRO**			**$ 1.900.000**
FECHA DE INICIO CONTRATO	**2025/01/01**	**FECHA DE TERMINACIÓN CONTRATO:**			**2025/10/31**
PERIODO OBJETO DE COBRO:	**DEL 2025/10/01 AL 2025/10/31**				

ROCIO MARGOTH DIAZ GOMEZ
PS_1461_2025_99F09B

NOMBRE Y FIRMA DEL CONTRATISTA:
ROCIO MARGOTH DIAZ GOMEZ
CC: 42270376
CEL: 3002397133

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			
ROCIO MARGOTH DIAZ GOMEZ			
	CON C.C N°	**42.270.376**	
OBJETO DEL CONTRATO:	PRESTAR SERVICIOS COMO BACHILLER DE APOYO A LA GESTION PARA DESARROLLAR ACTIVIDADES EN 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 1461 2025**	**FECHA INICIO CONTRATO**	**2025/01/01**
VALOR INICIAL DEL CONTRATO	$ 5.388.960	**No. HORAS EJECUTADAS**	**0**
VALOR TOTAL DEL CONTRATO INCLUIDO ADICIONES:	$ 18.875.584	**VALOR DE HONORARIOS PERÍODO A CERTIFICAR:**	$ 1.900.000
PLAZO DEL CONTRATO INCLUYENDO PRORROGAS	DIEZ (10) MESES		
UNIDAD FUNCIONAL DE EJECUCIÓN DE ACTIVIDADES:	CENTRO DE SALUD CHIRCALES		
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	1. Se realiza proceso de orientación e información, verificación de documentos, asignación de citas, y/o direccionamiento del usuario a los demás servicios, priorizando gestantes, mujeres con bebes en brazos, adulto mayor y personas con condición de discapacidad, resaltando que se cuenta con en el módulo de atención preferencial y manejo de casos prioritarios. 2. Se realiza orientación al usuario que desea interponer su inconformidad, informándole que se cuenta con diferentes canales para la radicación de su manifestación. Se realiza orientación al usuario que desea interponer su inconformidad, informándole que se cuenta con diferentes canales para la radicación de su manifestación 3. Todos los pacientes son verificados en Comprobadores de Derechos, DNP, ADRES y Georeferenciador de Capital Salud para proceder al acceso al servicio de los usuarios. 4. Se realizan encuestas de satisfacción, derechos y deberes, conocimiento de los servicios, en el área de consulta externa de la Subred Centro Oriente 5. Se realiza la divulgación según cronograma establecido en la oficina, con temas de derechos y deberes de los usuarios, portafolio de servicios, decálogo de humanización, canales de escucha, canales de comunicación, Salud a mi barrio Salud a mi vereda, ruta de la salud, generando así un registro en los formatos establecidos de Charlas y capacitaciones. 6. Se identifica la barrera de acceso y se registra en el aplicativo SI Cuéntanos Bogotá de la Secretaria de Salud; resaltando que todas las barreras de acceso registrado, se generan una solución oportuna al usuario, por tanto estos casos son cerrados al 100%. 7. Se realiza inscripción y se participa en los cursos y capacitaciones virtuales y presenciales establecidos para el fortalecimiento de las competencias laborales y profesionales. 8. Se llevan a cabo talleres pedagógicos dirigidos a los usuarios que incumplen sus citas médicas asignadas, destacando la importancia de cumplirlas puntualmente o, en su defecto, realizar la cancelación dentro de los plazos establecidos. 9. Se entregan los registros de la gestión realizada semanalmente de acuerdo a los lineamientos establecidos por la oficina. 10. Se verifica y asignan las citas médicas de manera oportuna, y se gestiona la actualización de los datos del paciente cuando sea necesario. 11. Se realiza de manera oportuna y permanente según el requerimiento reportado por la jefatura de la oficina. 12. Se participa en los eventos convocados por la Oficina de Participación Comunitaria y Servicio al Ciudadano con el fin de fortalecer habilidades laborales y profesionales. 13. Se favorece los subprocesos considerando las necesidades específicas de la Oficina de Participación Comunitaria y Servicio al Ciudadano. 14. Se mantiene la confidencialidad de los datos e información de los diferentes aplicativos institucionales. 15. De acuerdo con la demanda y necesidades de los servicios en el centro de salud, se dará cumplimiento a cada una de las actividades presentadas. 16. Portar adecuadamente el uniforme establecido y la identificación institucional para cumplir con los manuales establecidos en la Oficina de Participación Comunitaria y Servicio al Ciudadano. 17. Se realizan actividades asignadas según objeto contractual, para el fortalecimiento interno del área de Atención al Usuario como son: Asignación de citas, charlas y Capacitaciones a usuarios en los días correspondientes según cronograma realizado por la oficina.

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° 1075580806	OPERADOR:	SIMPLE

CONCEPTO DEL PAGO	ENTIDAD	FECHA DE PAGO	VALOR PAGADO
SALUD:	FAMISANAR	2025/10/10	$ 178.000
PENSIÓN:	PORVENIR	2025/10/10	$ 227.800
RIESGOS LABORALES:	POSITIVA	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	*ROCIO MARGOTH DIAZ GOMEZ* *PS_1461_2025_99F09B* **ROCIO MARGOTH DIAZ GOMEZ** **CC: 42270376**
FIRMA DE QUIEN VALIDA	*MARÍA CAROLINA PINILLA JIMÉNEZ* *PS_1461_2025_99F09B* **MARÍA CAROLINA PINILLA JIMÉNEZ** **SUPERVISOR ALTERNO**
FIRMA DE QUIEN CONVALIDA EL CUMPLIMIENTO DE LAS OBLIGACIONES PARA EL PRESENTE PERIODO DE PAGO	*SHIRLEY JANNETH TORRES RODRÍGUEZ* *PS_1461_2025_99F09B* **SHIRLEY JANNETH TORRES RODRÍGUEZ** **SUPERVISOR DEL CONTRATO**