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 MILENA ALARCON BONILLA**			**CC:**	**52284858**
CORREO ELECTRÓNICO:	**MILE.AUXILIAR@GMAIL.COM**			**TELÉFONO:**	**3214461593**
DIRECCIÓN DOMICILIO:	**KR 7 F ESTE 90 D 33 SUR**			**CIUDAD:**	**BOGOTA**
BANCO AL CUAL CONSIGNAR:	**BANCO DAVIVIENDA S.A.**	**TIPO DE CUENTA:**	**AHORROS**	**N° CUENTA:**	**004870329515**
DATOS DEL CONTRATO O ADICION Y PERIODO OBJETO DE PAGO					
Nº DEL CONTRATO:	**PS 1508 2025**	**VALOR CORRESPONDIENTE AL PERIODO OBJETO DE COBRO**			**$ 2.222.946**
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**				

ANA MILENA ALARCON BONILLA
PS_1508_2025_581039

NOMBRE Y FIRMA DEL CONTRATISTA:
ANA MILENA ALARCON BONILLA
CC: 52284858
CEL: 3214461593

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 MILENA ALARCON BONILLA			
	CON C.C N°	**52.284.858**	
OBJETO DEL CONTRATO:	PRESTAR SERVICIOS COMO TECNICO 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 1508 2025**	**FECHA INICIO CONTRATO**	**2025/01/01**
VALOR INICIAL DEL CONTRATO	$ 6.668.838	**No. HORAS EJECUTADAS**	**0**
VALOR TOTAL DEL CONTRATO INCLUIDO ADICIONES:	$ 22.229.460	**VALOR DE HONORARIOS PERÍODO A CERTIFICAR:**	$ 2.222.946
PLAZO DEL CONTRATO INCLUYENDO PRORROGAS	DIEZ (10) MESES		
UNIDAD FUNCIONAL DE EJECUCIÓN DE ACTIVIDADES:	HOSPITAL SAN BLAS		
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	gestionar el acceso de los usuarios a los servicios, teniendo en cuenta los manuales y protocolos institucionales vigentes Se realiza proceso de orientación e información, verificación de documentos según la necesidad del usuario de forma diaria y constante
2	orientar a los usuarios en procedimientos de aseguramiento, pqrs y vinculacion al sgsss Se brinda orientacion e informacion a los usuarios sobre la vinculacion al sistema de salud Disminución de usuarios mal orientados y direccionados,para EPS Capital Salud
3	realizar encuestas y aplicacion de formatos a los usuarios de acuerdo a los protocolos y metas establecidas Se realizan encuestas de derechos y deberes, conocimiento de los servicios, en el area de consulta externa y/o informadas por necesidad Se realizan encuestas del servicio de consulta externa, conocimiento de los servicios y de derechos.
4	realizar encuestas y aplicacion de formatos a los usuarios de acuerdo a los protocolos y metas establecidas Se realizan encuestas de derechos y deberes, conocimiento de los servicios, en el area de consulta externa y/o informadas por necesidad Se realizan encuestas del servicio de consulta externa, conocimiento de los servicios y de derechos.
5	realizar sesiones educativas en salas de espera de acuerdo al cronograma establecido, registrando las atenciones en el aplicativo si cuentanos bogota por la oficina de participacion comunitaria y servicio al ciudadano, realizando el registro en los formatos establecidos... Se realiza la divulgación de las sesiones eucativas según cronograma establecido en la oficina ,con temas de derechos y deberes de los usuarios, portafolio de servicios, decalogo de humanizacion,entre otras, generando así un registro en los formatos institucionales establecidos.
6	realizar el registro en el aplicativo si cuentanos bogota de atenciones individuales y de barreras de acceso identificadas durante la gestion diaria, con el fin de evaluar las dificultades de accesibilidad que pueden presentar los usuarios en los servicios de salud segun meta establecida... Se identifica las barrera de acceso y se registra en el aplicativo SI CUENTANOS 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	participar en los procesos de fortalecimiento de competencias a traves de los cursos y capacitaciones virtuales y presenciales establecidos por la subred integrada de servicios de salud centro oriente e.s.e. Se realiza de manera oportuna y permanente las capacitaciones convocadas y/o informadas por la oficina y se realiza de manera permanente y continua.
8	desarrollar los talleres pedagogicos segun el cronograma y metodologia establecida en los manuales y protocolos institucionales vigentes se realiza divulgacion de taller pedagogico virtual y presencial según la necesidad del usuario y ounto de atención presencial y se realiza de manera permanente y continua.
9	entregar los soportes de la gestion realizada de acuerdo a los lineamientos establecidos por la oficina de participacion comunitaria y servicio al ciudadano.. Se realiza de manera oportuna y permanente la entrega de la productividad informada por la jefatura de la oficina
10	consultar el sistema de dinamica gerencial, con el fin de llevar a cabo consulta de agendamiento de citas medicas y actualizacion de datos cuando el usuario asi lo requiera Se realiza de manera oportuna y permanente según la necesidad del usuario
11	apoyar la verificacion, asignacion, y emision de respuestas a pqrs, en asignacion de citas medicas de entes de control. Se realiza de manera oportuna y permanente según el requerimiento reportador por la jefatura de la oficina
12	asistir a los espacios de fortalecimiento convocados por la oficina de participacion comunitaria y servicio al ciudadano y la subred integrada de servicios de salud centro oriente e.s.e Se realiza de manera oportuna y permanente las reuniones y/o capacitaciones convocadas y/o informadas por la oficina
13	apoyar los subprocesos teniendo en cuenta las necesidades propias de la oficina de participacion comunitaria y servicio al ciudadano.. Se realiza de manera oportuna y permanente según la necesidad de la oficina y/o jefaturas encargadas
14	garantizar la reserva y confidencialidad de datos e informacion de los diferentes aplicativos institucionales Se realiza la divulgación en sala de espera del derecho a la confidencialidad de historia clinica y se sencibiliza la importancia del mismo

15	cumplir con las obligaciones de acuerdo con la demanda y tiempos requeridos segun las necesidades del servicio en los centros de salud y hospitales que conforman la subred integrada de servicios de salud centro oriente e.s.e Se realiza de manera oportuna y permanente según la necesidad de la oficina y/o jefaturas encargadas y se realiza de manera permanente y continua.
16	portar visiblemente los elementos institucionales y adecuada presentacion personal dando cumplimiento a los manuales y procedimientos de la oficina y de la subred integrada de servicios de salud centro oriente e.s.e se usa adecuadamente el uniforme y/o carnet institucional en los diferentes sedes y/o hospotales y se realiza de manera permanente y continua.
17	las demas obligaciones que sean asignadas en la realizacion del objeto contractual. Contenidas en el formato de necesidad de personal que hace parte integral del presente contrato Se realiza de manera oportuna y permanente según la necesidad de la oficina y/o jefaturas encargadas

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° 1075599087	OPERADOR:	SIMPLE

CONCEPTO DEL PAGO	ENTIDAD	FECHA DE PAGO	VALOR PAGADO
SALUD:	SALUD TOTAL	2025/10/10	$ 178.000
PENSIÓN:	COLPENSIONES	2025/10/10	$ 227.800
RIESGOS LABORALES:	SURA	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	*ANA MILENA ALARCON BONILLA* *PS_1508_2025_581039* **ANA MILENA ALARCON BONILLA** **CC: 52284858**
FIRMA DE QUIEN VALIDA	*MARÍA CAROLINA PINILLA JIMÉNEZ* *PS_1508_2025_581039* **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_1508_2025_581039* **SHIRLEY JANNETH TORRES RODRÍGUEZ** **SUPERVISOR DEL CONTRATO**