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:	**SIRLEYDIS ISABEL HERNANDEZ DE LA HOZ**			**CC:**	**1082965265**
CORREO ELECTRÓNICO:	**isabeldelahoz30@gmail.com**			**TELÉFONO:**	**3223055421**
DIRECCIÓN DOMICILIO:	**KR 85A 44-09 SUR**			**CIUDAD:**	**BOGOTA**
BANCO AL CUAL CONSIGNAR:	**BANCO DAVIVIENDA S.A.**	**TIPO DE CUENTA:**	**AHORROS**	**N° CUENTA:**	**007500923920**
DATOS DEL CONTRATO O ADICION Y PERIODO OBJETO DE PAGO					
Nº DEL CONTRATO:	**PS 3074 2025**	**VALOR CORRESPONDIENTE AL PERIODO OBJETO DE COBRO**			**$ 2.672.026**
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**				

SIRLEYDIS ISABEL HERNANDEZ DE LA HOZ
PS_3074_2025_DBF545

NOMBRE Y FIRMA DEL CONTRATISTA:
SIRLEYDIS ISABEL HERNANDEZ DE LA HOZ
CC: 1082965265
CEL: 3223055421

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			
SIRLEYDIS ISABEL HERNANDEZ DE LA HOZ			
	CON C.C N°	**1.082.965.265**	
OBJETO DEL CONTRATO:	PRESTAR SERVICIOS COMO TECNICO CRIMINALISTA PARA DESARROLLAR ACTIVIDADES EN LA DIRECCION DE SERVICIOS COMPLEMENTARIOS DE LA SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E.		
CONTRATO DE PRESTACION DE SERVICIOS PROFESIONALES No.	**PS 3074 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	DIEZ (10) MESES		
UNIDAD FUNCIONAL DE EJECUCIÓN DE ACTIVIDADES:	HOSPITAL SANTA CLARA		
NOMBRE DEL SUPERVISOR:	YUDI MILENA BOCANEGRA GONZALEZ		

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	Apoye las actividades del proceso de Cadena de Custodia, manejando y controlando correctamente los elementos materiales probatorios según la normatividad vigente
2	Realice y verifique el inventario del depósito central de material probatorio, aplicando los controles necesarios para garantizar su correcta administración.
3	Entregue el material probatorio a los entes de control solicitantes, diligenciando los formatos correspondientes y registrando cada entrega con puntos de control.
4	Coordine con el ente correspondiente la entrega de evidencia material probatoria previa solicitud, dejando constancia del recibido.
5	Mantuve las evidencias durante el tiempo requerido y gestione los trámites para su disposición final cuando corresponda.
6	Capacite al personal asistencial sobre embalaje, rotulación y formatos conforme a la norma vigente, dejando registro y evidencia de estas capacitaciones.
7	Elabore el cronograma de actividades y recorridos a las diferentes unidades, presentándolo para aval del supervisor del contrato.
8	Recolecte elementos de prueba en las unidades asignadas de la Subred Centro Oriente, revisando y haciendo ajustes o retroalimentación según sea necesario.
9	Apoye las actividades de orden y limpieza siguiendo estrictamente los protocolos institucionales.
10	Me asegure de brindar una atención humana, eficaz y cálida a todos y cada uno de los entes de control solicitantes.
11	Cumplí con las normas de bioseguridad, salud ocupacional y gestión ambiental para proteger a todos los involucrados.
12	Registre todas las actividades y procedimientos que realizo, manteniendo actualizados los informes y bases de datos conforme a los formatos establecidos.
13	Participe en las jornadas de capacitación, inducción, reuniones y eventos a los cuales soy convocado.
14	Cumplí con la programación de actividades del servicio, siguiendo las directrices establecidas por la entidad y el objeto del contrato.
15	Informe con anticipación al supervisor del contrato cualquier novedad que pueda afectar el cumplimiento de mis actividades.
16	Aplique los subsistemas del Sistema Integrado de Gestión de Calidad adoptados por la Subred en todas mis labores.

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° 90307036	OPERADOR:	MI PLANILLA

CONCEPTO DEL PAGO	ENTIDAD	FECHA DE PAGO	VALOR PAGADO
SALUD:	SANITAS	2025/10/14	$ 178.000
PENSIÓN:	PORVENIR	2025/10/14	$ 227.800
RIESGOS LABORALES:	SURA	2025/10/14	$ 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	*SIRLEYDIS ISABEL HERNANDEZ DE LA HOZ* *PS_3074_2025_DBF545* **SIRLEYDIS ISABEL HERNANDEZ DE LA HOZ** **CC: 1082965265**
FIRMA DE QUIEN VALIDA	*CATHERINE LUGO CRISTIANO* *PS_3074_2025_DBF545* **CATHERINE LUGO CRISTIANO** **SUPERVISOR ALTERNO**
FIRMA DE QUIEN CONVALIDA EL CUMPLIMIENTO DE LAS OBLIGACIONES PARA EL PRESENTE PERIODO DE PAGO	*YUDI MILENA BOCANEGRA GONZALEZ* *PS_3074_2025_DBF545* **YUDI MILENA BOCANEGRA GONZALEZ** **SUPERVISOR DEL CONTRATO**