

 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 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:	YEFERSON BOADA DIAZ			CC:	1032483010
CORREO ELECTRÓNICO:	YEFERSONBOADADIAZ@GMAIL.COM			TELÉFONO:	3203669634
DIRECCIÓN DOMICILIO:	KR 11A ESTE 42B 53 SUR			CIUDAD:	BOGOTA
BANCO AL CUAL CONSIGNAR:	BANCO DAVIVIENDA S.A.	TIPO DE CUENTA:	AHORROS	N° CUENTA:	488441321368
DATOS DEL CONTRATO O ADICION Y PERIODO OBJETO DE PAGO					
N° DEL CONTRATO:	PS 5792 2025	VALOR CORRESPONDIENTE AL PERIODO OBJETO DE COBRO		\$ 2.222.946	
FECHA DE INICIO CONTRATO	2025/06/17	FECHA DE TERMINACIÓN CONTRATO:		2025/11/30	
PERIODO OBJETO DE COBRO:	DEL 2025/10/01 AL 2025/10/31				
 YEFERSON BOADA DIAZ PS_5792_2025_D1712B NOMBRE Y FIRMA DEL CONTRATISTA: YEFERSON BOADA DIAZ CC: 1032483010 CEL: 3203669634					

CELEBRADO ENTRE LA SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E Y
 YEFERSON BOADA DIAZ

CON C.C N° 1.032.483.010

OBJETO DEL CONTRATO: PRESTAR SERVICIOS DE APOYO A LA GESTION COMO TECNICO PARA DESARROLLAR ACTIVIDADES EN EL MARCO DEL CONVENIO INTERADMINISTRATIVO 775548 DE 2025 PROGRAMA RUTA DE LA SALUD PARA 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 5792 2025 **FECHA INICIO CONTRATO** 2025/06/17

VALOR INICIAL DEL CONTRATO \$ 3.260.321 **No. HORAS EJECUTADAS** 0

VALOR TOTAL DEL CONTRATO INCLUIDO ADICIONES: \$ 12.078.007 **VALOR DE HONORARIOS PERÍODO A CERTIFICAR:** \$ 2.222.946

PLAZO DEL CONTRATO INCLUYENDO PRORROGAS SEIS (6) MESES

UNIDAD FUNCIONAL DE EJECUCIÓN DE ACTIVIDADES: SEDE ADMINISTRATIVA SAN JOSE OBRERO

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	Para el mes de octubre se elaborar programación diaria de traslado de usuarios de acuerdo con la demanda de servicio, digitar, registrar y consolidar los informes mensuales y finales del programa ruta saludable
2	Para el mes de octubre 2025 se contribuye con el proceso de recepción de llamadas para programación o cancelación de traslados de los usuarios y de igual forma apoyar el agentamiento de citas solicitadas por los demás colaboradores del programa ruta saludable en atención a las solicitudes de los usuarios que utilizan el servicio.
3	Para el mes de octubre 2025 Reportar novedades a la coordinación sobre situaciones que se presenten durante los recorridos o en los Centros de Salud y Hospitales que componen la Subred Integrada de Servicios de Salud Centro Oriente E.S.E; de igual modo informar con antelación no inferior a 15 días la solicitud de terminación o suspensión del contrato.
4	Para el mes de octubre se viste adecuadamente los elementos de identificación y portar el carné institucional, así mismo responder y hacer uso racional del equipo de comunicación (celular corporativo)
5	Para el mes de octubre 2025 se desarrollan las actividades para el fortalecimiento de la organización y operación del programa ruta de la salud, entre redes integradas de servicios de salud en el marco del convenio interadministrativo entre el FFDS y la Subred integrada de Servicios de Salud Centro Oriente E.S.E
6	Para el mes de octubre 2025 se realiza diligenciamiento de los formatos y aplicativos requeridos desde la oficina de atención al usuario y programa ruta de la salud, teniendo en cuenta los criterios de oportunidad, calidad y congruencia
7	Para el mes de octubre 2025 se asiste a reuniones programadas con la jefatura de la oficina de Participación Comunitaria y Servicio al Ciudadano, coordinación del programa Ruta de la salud de la Subred Centro Oriente, y demás a las que sean citadas
8	Para el mes de octubre 2025 manejo y control del archivo interno del programa Ruta de la Salud con entrega al coordinador del consolidado de indicadores de gestión al programa
9	Para el mes de octubre 2025 se realiza control, recepción y organización de los insumos dados para el programa ruta de la salud de la Subred Integrada de Servicios de Salud Centro Oriente
10	Para el mes de octubre 2025 se lleva a cabo las demás que designe el supervisor del contrato en el marco del convenio interadministrativo 775548 de 2025 Programa Ruta de la Salud

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, <u>CERTIFICO</u> 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° 89964201	OPERADOR:	MI PLANILLA
CONCEPTO DEL PAGO	ENTIDAD	FECHA DE PAGO	VALOR PAGADO
SALUD:	COMPENSAR	2025/10/14	\$ 179.200
PENSIÓN:	PROTECCION	2025/10/14	\$ 229.400
RIESGOS LABORALES:	SEGUROS BOLIVAR	2025/10/14	\$ 35.000
OTRO			
TOTAL PAGADO			\$ 443.600
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 ningún 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	 YEFERSON BOADA DIAZ PS_5792_2025_D1712B YEFERSON BOADA DIAZ CC: 1032483010		
FIRMA DE QUIEN VALIDA	 LUZ ESTELA GONZALEZ PENAGOS PS_5792_2025_D1712B LUZ ESTELA GONZALEZ PENAGOS SUPERVISOR ALTERNO		
FIRMA DE QUIEN CONVALIDA EL CUMPLIMIENTO DE LAS OBLIGACIONES PARA EL PRESENTE PERIODO DE PAGO	 SHIRLEY JANNETH TORRES RODRÍGUEZ PS_5792_2025_D1712B SHIRLEY JANNETH TORRES RODRÍGUEZ SUPERVISOR DEL CONTRATO		