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: (30-11-2025)					
NOMBRES Y APELLIDOS:	**YURANNY LISBETH RODRIGUEZ MAYORGA**			**CC:**	**1032374492**
CORREO ELECTRÓNICO:	**YURANNY_MAYORGA@HOTMAIL.COM**			**TELÉFONO:**	**3143573076**
DIRECCIÓN DOMICILIO:	**TV 23A SUR 47 40 SUR**			**CIUDAD:**	**BOGOTA**
BANCO AL CUAL CONSIGNAR:	**BANCO DAVIVIENDA S.A.**	**TIPO DE CUENTA:**	**AHORROS**	**N° CUENTA:**	**004870422583**
DATOS DEL CONTRATO O ADICION Y PERIODO OBJETO DE PAGO					
Nº DEL CONTRATO:	**PS 7107 2025**	**VALOR CORRESPONDIENTE AL PERIODO OBJETO DE COBRO**			**$ 4.195.200**
FECHA DE INICIO CONTRATO	**2025/10/01**	**FECHA DE TERMINACIÓN CONTRATO:**			**2025/11/30**
PERIODO OBJETO DE COBRO:	**DEL 2025/11/01 AL 2025/11/30**				

YURANNY LISBETH RODRIGUEZ MAYORGA
PS_7107_2025_F5FEA9

NOMBRE Y FIRMA DEL CONTRATISTA:
YURANNY LISBETH RODRIGUEZ MAYORGA
CC: 1032374492
CEL: 3143573076

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			
YURANNY LISBETH RODRIGUEZ MAYORGA			
	CON C.C N°	**1.032.374.492**	
OBJETO DEL CONTRATO:	PRESTAR SERVICIOS PROFESIONALES EN BACTERIOLOGIA PARA DESARROLLAR ACTIVIDADES EN EL PLAN DE SALUD PUBLICA DE INTERVENCIONES COLECTIVAS DE LA SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E		
CONTRATO DE PRESTACION DE SERVICIOS PROFESIONALES No.	**PS 7107 2025**	**FECHA INICIO CONTRATO**	**2025/10/01**
VALOR INICIAL DEL CONTRATO	$ 4.195.200	**No. HORAS EJECUTADAS**	**184**
VALOR TOTAL DEL CONTRATO INCLUIDO ADICIONES:	$ 9.188.400	**VALOR DE HONORARIOS PERÍODO A CERTIFICAR:**	$ 4.195.200
PLAZO DEL CONTRATO INCLUYENDO PRORROGAS	DOS (2) MESES		
UNIDAD FUNCIONAL DE EJECUCIÓN DE ACTIVIDADES:	CENTRO DE SALUD PRIMERO DE MAYO		
NOMBRE DEL SUPERVISOR:	LUZ ADRIANA CASTAÑEDA MONTEALEGRE		

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. obligacion 1: Prestar sus servicios con calidad y oportunidad, para el desarrollo de las actividades del Plan de Intervenciones Colectivas en el Distrito Capital según convenio PSPIC vigente y suscrito entre el FDS y la Subred 1.1 actividades desarrolladas Se presentan las actividades según lineamiento requerido, 1.2 productos (evidencias) se realizan actas con las actividades realizadas
2	2. obligación 2: Presentar mensualmente el cronograma de actividades a desarrollar 2.1 actividades desarrolladas Presentar mensualmente el cronograma de actividades a desarrollar. 2.2 productos (evidencias) se envia cronograma el ultimo día del mes al correo ambitoipssanctistobal@gmail.com
3	3. obligación 3: Apoyar la prestación de servicios en el Plan de Intervenciones Colectivas, presentando la información y/o soportes que se solicite conforme a los anexos y lineamientos técnicos del convenio PSPIC vigente y suscrito entre el FDS y la Subred 3.1 actividades desarrolladas: Se hace revisión de lineamientos y caja de herramientas 3.2 productos (evidencias) realización de acta de lectura de lineamientos.
4	4. obligación 4: Apoyar las actividades inherentes al objeto del contrato para el mejoramiento continuo de calidad y aquellas definidas dentro de los planes de mejoramiento de los diferentes estándares de habilitación y acreditación de servicios de salud 4.1 actividades desarrolladas:Cada una de las acciones realizadas se registran en los formatos establecidos por la sds y por la subred 4.2 productos (evidencias): se realiza acta en formato enviado por la sds
5	5. obligación 5: Cumplir con la meta, actividades y/o productos programados y asignados con la calidad del dato requerida (oportunidad, consistencia, exactitud) desde su perfil profesional y conforme a los anexos y lineamientos técnicos que hagan parte de la relación contractual entre el FDS y la Subred 5.1 actividades desarrolladas: Se elaboran informes de acuerdo a lo establecido por la sds y se entregan en los tiempos establecidos para tal fin 5.2 productos (evidencias): se hace envio de informes en las fechas estipuladas por la sds
6	6. . obligacion 6:Realizar apropiación conceptual desde su perfil con los anexos y lineamientos técnicos del convenio PSPIC vigente y suscrito entre el FDS y la Subred 6.1actividades desarrolladas: Realizar lectura de lineamientos y apropiación de acuerdo a lo establecido 6.2 productos (evidencias): realización de actas de lectura y apropiacion de lineamientos
7	7. desarrollar procesos de asistencia técnica desde los diferentes procesos del plan de intervenciones colectivas conforme a su saber disciplinar y profesional, en función de los requerimientos de los entornos y procesos transversales 7.1 actividades desarrolladas:Realizar las asistencias técnicas correspondientes a los programas y de acuerdo a las actualizaciones enviadas desde la sds 7.2 productos (evidencias):se envias las actas realizadas durante la intervancion
8	8. gestionar los espacios comunitarios e institucionales que se requieran, para el desarrollo de las acciones de los entornos y/o procesos transversales del pspic 8.1 actividades desarrolladas: asistir a los espacios donde seamos requeridos 8.2 productos (evidencias):envio de actas realizadas en las actividades
9	9. Obligación 9: Notificar los eventos de interés en salud pública detectados en cada una de sus intervenciones 9.1actividades desarrolladas: Reportar a través de las canalizaciones los contactos para valoración de dx y descarte de enfermedades transmisibles y otras medio 9.2 productos (evidencias):diligenciar formato enviado desde sds

10	10. actividades desarrolladas: Organizar el archivo de la documentación generada de acuerdo a la normatividad y tabla de retención documental. 10.1 productos (evidencias): se entregan las carpetas debidamente marcadas y el archivo digital de acuerdo a las trd
11	11. Obligación 10: Dar cumplimiento a las actividades de los procesos TRANSVERSALES del PSPIC, de acuerdo a su competencia: CANALIZACIONES, PAI, Educación para la Salud Publica, GESI, ACCVSyE, Notificación de EISP y Participación Social 11.1actividades desarrolladas Realizar canalizaciones según a eventos de salud publica 11.2 productos (evidencias): diligenciar formato según necesidad de los usuarios
12	12 Obligación 11: El contratista se obliga a que las glosas que se generen por incumplimiento de las obligaciones contractuales y de acuerdo a los hallazgos que identifique el equipo de seguimiento y/o interventoría del FFDS_SDS al Convenio Interadministrativo PSPIC (conforme al anexo de CRITERIOS DE GLOSA), serán causal de inicio de apertura de procedimiento administrativo sancionatorio de incumplimiento contractual 12.1actividades desarrolladas :Se cumplirá el 100% con las actividades propuestas en el lineamiento con el fin de que no generen ningún hallazgo 12. 2productos (evidencias): actas,bases de datos y soportes requeridos.
13	13 Obligación 13 : Realizar las demás obligaciones que se relacionen con el objeto del contrato y que sean requeridas por la supervisión. Contenidas en el formato de necesidad de personal que hace parte integral del presente contrato 13.1actividades desarrolladas Realizar a cabalidad las acciones solicitadas según el lineamiento solicitudes recibidas por correo para realizar. 13.2productos (evidencias): solicitudes recibidas por correo para realizar.

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 (2025-11-01) AL (2025-11-30)

IV. INFORMACIÓN DE APORTES A SEGURIDAD SOCIAL

No. DE PLANILLA:	N° 1077198789	OPERADOR:	SIMPLE

CONCEPTO DEL PAGO	ENTIDAD	FECHA DE PAGO	VALOR PAGADO
SALUD:	FAMISANAR	2025/11/11	$ 250.600
PENSIÓN:	COLFONDOS	2025/11/11	$ 320.700
RIESGOS LABORALES:	SURA	2025/11/11	$ 48.900
OTRO			
TOTAL PAGADO			$ 620.200

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	 *YURANNY LISBETH RODRIGUEZ MAYORGA* *PS_7107_2025_F5FEA9* **YURANNY LISBETH RODRIGUEZ MAYORGA** **CC: 1032374492**

FIRMA DE QUIEN CONVALIDA EL CUMPLIMIENTO DE LAS OBLIGACIONES PARA EL PRESENTE PERIODO DE PAGO	 *LUZ ADRIANA CASTAÑEDA MONTEALEGRE* *PS_7107_2025_F5FEA9* **LUZ ADRIANA CASTAÑEDA MONTEALEGRE** **SUPERVISOR DEL CONTRATO**

PAGOSIMPLE | AUTOLIQUIDACION CONSOLIDADA

Fecha creación reporte: 2025-11-11, 07:33:03 PM **Tipo Planilla:** I: PLANILLA INDEPENDIENTES **Numéro Planilla:** 1077198789

Periodo Cotización: octubre de 2025 **Periodo Servicio:** octubre de 2025

PAGADO 11/11/2025 EN HORARIO EXTENDIDO

I. DATOS DEL APORTANTE

Razón Social	YURANNY LISBETH RODRIGUEZ MAYORGA		
Documento	CC1032374492	**Dirección**	CL 74C SUR #14 - 54
Tipo de Empresa	INDEPENDIENTE	**Teléfono**	3143573076
Tipo Persona	NATURAL	**Forma Presentación**	ÚNICO
Ciudad	BOGOTA D.C.	**Departamento**	BOGOTA D.C.
Representante Legal		**Identificación**	
Total Afiliados	1	**ARP**	ARL SURA

II. DETALLE DEL APORTANTE

Datos del Afiliado				Novedades																				Pensiones			Salud			Riesgos			Cajas			Parafiscales					Total
Identificación	Apellidos y Nombres	Tipo Cotizante	Subtipo Cotizante	ING	RET	RET P	TDE	TAE	TDP	TAP	VSP	COR	VST	SLN	IGE	LMA	VAC	AVP	VCT	IRP	Días APP	Días EPS	Días ARP	Días CCF	Administradora	IBC Pensión	Aporte Pensión	Administradora	IBC Salud	Aporte Salud	Tarifa	IBC Riesgos	Aporte Riesgos	Administradora	IBC Caja	Aporte Caja	Aporte SENA	Aporte ICBF	ESAP	Aporte Ministerio	Total
CC 1032374492	YURANNY LISBETH RODRIGUEZ MAYORGA	59	00																	0	30	30	30	30	(231001) COLFONDOS	$ 2.004.200	$ 320.700	(EPS017) FAMISANAR EPS	$ 2.004.200	$ 250.600	2,436	$ 2.004.200	$ 48.900	(CCF24) COMPENSAR CCF	$ 2.004.200	$ 12.100	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 632.300

III.TOTALES

IBC Pensión	IBC Salud	IBC Riesgos	IBC Cajas	Aportes Pensión	Aportes Salud	Aportes Riesgos	Aportes Cajas	Aportes Sena	Aportes ICBF	Aportes ESAP	Aportes Min Educación	(Incapacidades, Licencias, Saldos a Favor) EPS	Incapacidades ARP	SUBTOTAL SIN INTERESES DE MORA	TOTAL INTERESES DE MORA	TOTAL FINAL
$ 2.004.200	$ 2.004.200	$ 2.004.200	$ 2.004.200	$ 320.700	$ 250.600	$ 48.900	$ 12.100	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 632.300	$ 0	$ 632.300

Líneas de Servicio FonoSIMPLE: Bogotá 601 4446634 - Cali: 602 5540577 - Medellín: 604 5146669 - Bucaramanga: 607 6438000 - Cartagena: 605 6945444 - Pereira: 606 3402582 - Barranquilla: 605 3618850 - Resto del País: 018000 971 971 - ¡Más que Fácil, SIMPLE!

¡El Poder de lo SIMPLE!

Antes de imprimir, asegúrese que sea realmente necesario. Proteger el medio ambiente está en nuestras manos.

BANCO DAVIVIENDA S.A.

CERTIFICA:

Que **YURANNY LISBETH**, quien se identifica con **Cédula de ciudadanía** No. **1032374492** y es titular de la cuenta terminada en ****2583** , realizó el siguiente pago a través de :

Fecha del pago	Valor	Destino	Factura - Referencia	Número de Autorización
11/11/2025	$ 632.300,00	SIMPLE OI	1922163650	22163650

Se expide en Bogotá, el 11-11-2025.

Atentamente,

BANCO DAVIVIENDA S.A.

Banco Davivienda S.A.

VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA

1 Información general
2 la mayoría de la populació…
3 Bienes y servicios
4 mensajeros del.
5 mensajes del contrato
6 Información presupuesta
7 **Ejecución del Contrato**
8 Modificaciones del Contrato
9 Incumplimientos

Cancelar

< Evaluación de la Entidad Estatal >

VER CONTRATO

Ejecución del Contrato

Porcentaje Recepción de artículos

Plan de Pagos

¿Se requieren emisiones de códigos de autorización? Si No

ID de pago	Número de factura	Fecha de emisión	Fecha de recepción	Valor total de la factura	Estado

No existen resultados que cumplan con los criterios de búsqueda especificados

Crear

Documentos de ejecución del contrato

	Descripción	Nombre del archivo	Cargado por		
☐	PS 7107 2025 CUENTA DE COBRO OCTUBRE 2025.pdf	PS 7107 2025 CUENTA DE COBRO OCTUBRE 2025.pdf	Proveedor	Descargar	Detalle

Borrar Cargar nuevo

Cancelar

< Evaluación de la Entidad Estatal >