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:	**MARIA FERNANDA GONZALEZ ARTEAGA**			**CC:**	**1030638069**
CORREO ELECTRÓNICO:	**mgonzalezarteaga8@gmail.com**			**TELÉFONO:**	**3508747853**
DIRECCIÓN DOMICILIO:	**KR 75 6B 90**			**CIUDAD:**	**BOGOTA**
BANCO AL CUAL CONSIGNAR:		**TIPO DE CUENTA:**	**CORRIENTE**	**N° CUENTA:**	
DATOS DEL CONTRATO O ADICION Y PERIODO OBJETO DE PAGO					
Nº DEL CONTRATO:	**PS 7751 2025**	**VALOR CORRESPONDIENTE AL PERIODO OBJETO DE COBRO**			**$ 1.390.800**
FECHA DE INICIO CONTRATO	**2025/10/20**	**FECHA DE TERMINACIÓN CONTRATO:**			**2025/10/31**
PERIODO OBJETO DE COBRO:	**DEL 2025/10/21 AL 2025/10/31**				

MARIA FERNANDA GONZALEZ ARTEAGA
PS_7751_2025_D81603

NOMBRE Y FIRMA DEL CONTRATISTA:
MARIA FERNANDA GONZALEZ ARTEAGA
CC: 1030638069
CEL: 3508747853

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			
MARIA FERNANDA GONZALEZ ARTEAGA			
	CON C.C N°	**1.030.638.069**	
OBJETO DEL CONTRATO:	PRESTAR SERVICIOS PROFESIONALES COMO ODONTOLOGO PARA DESARROLLAR ACTIVIDADES EN LA DIRECCION DE GESTION INTEGRAL DEL RIESGO EN SALUD DE LA SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E PARA EL DESARROLLO DEL CONVENIO MAS BIENESTAR		
CONTRATO DE PRESTACION DE SERVICIOS PROFESIONALES No.	**PS 7751 2025**	**FECHA INICIO CONTRATO**	**2025/10/20**
VALOR INICIAL DEL CONTRATO	$ 1.678.080	**No. HORAS EJECUTADAS**	**61**
VALOR TOTAL DEL CONTRATO INCLUIDO ADICIONES:	$ 1.678.080	**VALOR DE HONORARIOS PERÍODO A CERTIFICAR:**	$ 1.390.800
PLAZO DEL CONTRATO INCLUYENDO PRORROGAS	DOCE (12) DIAS		
UNIDAD FUNCIONAL DE EJECUCIÓN DE ACTIVIDADES:	CENTRO DE SALUD PRIMERO DE MAYO		
NOMBRE DEL SUPERVISOR:	LIDA ESPERANZA MONTENEGRO PARRA		

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.Presté mis servicios de manera oportuna y con calidad en el desarrollo de mis actividades contractuales y responsabilidades según mi perfil.
2	2. Hice entrega y presentación del cronograma de actividades que desarrollé durante el mes, así como la presentación del informe correspondiente a las acciones desarrolladas para la ejecución de mis actividades
3	3.Verifiqué y entregué los productos y soportes conforme a los anexos y lineamientos dispuestos, garantizando calidad y veracidad en los mismos.
4	4.Di respuesta a las contingencias generadas por SDS de manera oportuna para su ejecución.
5	5.Participé en el proceso de inducción acorde a mi perfil apropiando los anexos y lineamientos técnicos del convenio MAS BIENESTAR EN TU HOGAR.
6	6.Realicé revisión, verificación, alistamiento y entrega de cada uno de los formatos, documentos, bases e informes generados como resultado de las acciones e intervenciones realizadas durante el mes dando cumplimiento a los anexos y lineamientos técnicos garantizando la calidad en cada uno de estos entregables.
7	7.Realicé oportunamente las notificaciones y eventos de interés en salud pública identificados en las acciones desarrolladas durante el mes de octubre.
8	8.Asistí y participé en las asistencias técnicas convocadas por SDS de acuerdo a los procesos asignados a mi perfil y actividades según los lineamientos técnicos.
9	9.Participé y apoyé en el proceso de organización y gestión documental.
10	10.Realicé y desarrollé las actividades y obligaciones que se me direccionaron, las cuales están relacionadas con el objeto de mi contrato.
11	11.Hice entrega oportuna y con calidad de los productos sujetos a proceso de auditoría.
12	12.Realicé los informes de gestión que están sujetos a proceso de auditoría.
13	13.Supervisé el cumplimiento de las actividades propuestas en el marco del cumplimiento operativo del convenio MAS BIENESTER EN TU HOGAR.
14	14.Asistí y participé oportuna y activamente en las reuniones y comités citados por la SDS y el convenio MAS BIENESTAR EN TU HOGAR.
15	15.Participé en los espacios de fortalecimiento técnico programados en el mes.
16	16.Desarrollé las actividades en campo y acompañamientos de acuerdo a lo estipulado según mis obligaciones contractuales.

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 (2025-10-21) AL (2025-10-31)

IV. INFORMACIÓN DE APORTES A SEGURIDAD SOCIAL

No. DE PLANILLA:	N°	OPERADOR:	

CONCEPTO DEL PAGO	ENTIDAD	FECHA DE PAGO	VALOR PAGADO
SALUD:	COMPENSAR		$ 0
PENSIÓN:	PROTECCION		$ 0
RIESGOS LABORALES:	SURA		$ 0
OTRO			
TOTAL PAGADO			$ 0

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	*MARIA FERNANDA GONZALEZ ARTEAGA* *PS_7751_2025_D81603* **MARIA FERNANDA GONZALEZ ARTEAGA** **CC: 1030638069**
FIRMA DE QUIEN VALIDA	*SANDRA YANNETH CONTRERAS PEÑALOSA* *PS_7751_2025_D81603* **SANDRA YANNETH CONTRERAS PEÑALOSA** **SUPERVISOR ALTERNO**
FIRMA DE QUIEN CONVALIDA EL CUMPLIMIENTO DE LAS OBLIGACIONES PARA EL PRESENTE PERIODO DE PAGO	*LIDA ESPERANZA MONTENEGRO PARRA* *PS_7751_2025_D81603* **LIDA ESPERANZA MONTENEGRO PARRA** **SUPERVISOR DEL CONTRATO**