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:	**BETSY LILIANA VARGAS RODRIGUEZ**			**CC:**	**1023974848**
CORREO ELECTRÓNICO:	**contrlsocialsubred@GMAIL.COM**			**TELÉFONO:**	**3213210586**
DIRECCIÓN DOMICILIO:	**KR 3 A 2 B 37**			**CIUDAD:**	**BOGOTA**
BANCO AL CUAL CONSIGNAR:	**SCOTIABANK COLPATRIA SA**	**TIPO DE CUENTA:**	**AHORROS**	**N° CUENTA:**	**622010870**
DATOS DEL CONTRATO O ADICION Y PERIODO OBJETO DE PAGO					
Nº DEL CONTRATO:	**PS 1496 2025**	**VALOR CORRESPONDIENTE AL PERIODO OBJETO DE COBRO**			**$ 3.893.400**
FECHA DE INICIO CONTRATO	**2025/01/01**	**FECHA DE TERMINACIÓN CONTRATO:**			**2025/11/30**
PERIODO OBJETO DE COBRO:	**DEL 2025/11/01 AL 2025/11/30**				

BETSY LILIANA VARGAS RODRIGUEZ
PS_1496_2025_C1FB17

NOMBRE Y FIRMA DEL CONTRATISTA:
BETSY LILIANA VARGAS RODRIGUEZ
CC: 1023974848
CEL: 3213210586

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			
BETSY LILIANA VARGAS RODRIGUEZ			
	CON C.C N°	**1.023.974.848**	
OBJETO DEL CONTRATO:	PRESTAR SERVICIOS COMO PROFESIONAL EN CIENCIAS SOCIALES 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 1496 2025**	**FECHA INICIO CONTRATO**	**2025/01/01**
VALOR INICIAL DEL CONTRATO	$ 11.680.200	**No. HORAS EJECUTADAS**	**0**
VALOR TOTAL DEL CONTRATO INCLUIDO ADICIONES:	$ 42.827.400	**VALOR DE HONORARIOS PERÍODO A CERTIFICAR:**	$ 3.893.400
PLAZO DEL CONTRATO INCLUYENDO PRORROGAS	ONCE (11) MESES		
UNIDAD FUNCIONAL DE EJECUCIÓN DE ACTIVIDADES:	HOSPITAL SANTA CLARA		
NOMBRE DEL SUPERVISOR:	ZULMA JANNETH LÓPEZ CUBIDES		

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	Durante el mes, se brindó asistencia técnica para la realización de mesas de trabajo y mesas de diálogo, en las cuales se promovieron procesos de capacitación y la formulación del instructivo de seguimiento para las diferentes formas de veeduría ciudadana (como la veeduría PSPIC Y la veeduría Ruta de la Salud), en cumplimiento de las funciones asignadas y en concordancia con el desarrollo del cronograma mensual.
2	Durante el mes, se promovieron procesos de capacitación y la formulación de planes de vigilancia y seguimiento dirigidos a las formas de participación social (veeduría PSPIC Y veeduría Ruta de la Salud). Posteriormente, en cumplimiento de las funciones asignadas y en concordancia con el cronograma mensual establecido.
3	Durante el mes, se realizaron convocatorias a participar de el seguimiento a la trasparencia y ética publica y deforma conjunta se invito al dialogo ciudadano de la secretaria de salud, a los líderes de las formas de participación, con el fin de fomentar su vinculación activa en los espacios de movilización social orientados a la exigibilidad del derecho a la salud. Además, se brindará acompañamiento a las mesas de participación distritales y locales, dando cumplimiento a las disposiciones establecidas por la entidad, en el marco de las funciones asignadas.
4	Durante el mes, se llevaron a cabo procesos de capacitación dirigidos a los líderes de las veedurías ciudadanas en salud y a otras formas de participación social, con el objetivo de fortalecer sus habilidades y competencias. Las jornadas incluyeron formación lei de garantías, el desarrollo de habilidades blandas fundamentales para una veeduría efectiva y participativa, así como la capacitación en el modelo 'Más Bienestar' dirigida a los veedores del Plan de Intervenciones Colectivas (PIC).
5	Para dar cumplimiento a las funciones correspondientes al mes, se brindó asistencia técnica a las formas de participación social legalmente constituidas, como la veeduría PSPIC y Veeduría Ruta de la Salud, en el marco del desarrollo del cronograma mensual. Este acompañamiento incluyó apoyo en la vigilancia y seguimiento contribuyendo así a la sostenibilidad y efectividad de su labor en salud
6	Se asistió de forma oportuna al desarrollo de la Mesa Local, en concordancia con el modelo 'Listo Más Bienestar'. En el marco de la coordinación de actividades relacionadas con la participación social y comunitaria, se brindó acompañamiento oportuno a las Mesas de Diálogo de las veedurías, promoviendo su articulación y fortalecimiento. Estas acciones fueron desarrolladas de manera conjunta entre la Subred Centro Oriente, la Secretaría Distrital de Salud (SDS) y la Veeduría Distrital.Durante los encuentros, se sostuvo un diálogo directo con los referentes de control social para veedurías, con el fin de alinear estrategias, fomentar la participación activa de la ciudadanía y garantizar el cumplimiento de los objetivos establecidos en el marco del control social en salud.
7	En el marco del Modelo de Salud Territorial, se articularon acciones con los equipos de salud pública para promover la participación ciudadana. Durante el mes, se realizaron convocatorias dirigidas a los veedores y líderes comunitarios, quienes desarrollan labores de vigilancia y seguimiento, incentivando su participación activa en las diferentes actividades contempladas en dicho modelo. Asimismo, se brindó acompañamiento a las jornadas programadas y a las mesas locales, fortaleciendo los espacios de diálogo y construcción conjunta con la comunidad.
8	Durante el mes, se cumplió con la capacitación de acoso laboral y participación en las capacitaciones, tanto virtuales como presenciales, ofrecidas por la Subred Integrada de Servicios de Salud Centro Oriente E.S.E., las cuales estuvieron orientadas al fortalecimiento de las competencias, Adicionalmente, participé activamente en el proceso de capacitación al personal, con el apoyo del referente de control social de la secretaria de salud, en espacios dirigidos a los profesionales de la Oficina de Servicio a la Ciudadanía y Participación Social. Esta formación tuvo como propósito actualizar y fortalecer las habilidades, con el fin de apoyar de manera efectiva los procesos de participación en salud.
9	Con el fin de cumplir con las actividades asignadas, se brindo asistencia técnica a las veedurías de la Subred Integrada de Servicios de Salud Centro Oriente E.S.E.
10	Durante el mes, fortalecí los procesos permanentes de control social mediante el acompañamiento constante a las veedurías ciudadanas legalmente constituidas en la Subred Centro Oriente. Asimismo, realicé acompañamiento a las comunidades organizadas de la Secretaría de Salud que se encuentran dentro del área demográfica de la Subred, contribuyendo así a la articulación y fortalecimiento de la participación social en salud.

11	Durante el mes, asistí a los espacios de fortalecimiento convocados por la Oficina de Participación Comunitaria y Servicio al Ciudadano de la Subred Integrada de Servicios de Salud Centro Oriente E.S.E. Estas actividades me permitieron actualizar conocimientos, compartir experiencias y fortalecer mis competencias para apoyar eficazmente los procesos de participación social en salud.
12	Desarrollar los subprocesos de la Oficina de Participación Comunitaria y Servicio a la Ciudadanía, orientados al fortalecimiento de la gestión social, la atención ciudadana y el control social en salud.
13	Resguardar las evidencias físicas o digitales, garantizando en todo momento la confidencialidad y el respeto por la información de la comunidad.
14	Durante el mes, cumplí con las obligaciones establecidas en el cronograma de actividades mensual, atendiendo las asignaciones de acuerdo con la demanda y los tiempos requeridos.
15	se porto visible y adecuadamente el carnet institucional, garantizando el cumplimiento de las normas establecidas.
16	Las demás funciones que sean asignadas en la realización del objeto contractual. Contenidas en el formato de necesidad de personal que hace parte integral del presente contrato.

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° 9493171842	OPERADOR:	APORTES EN LINEA

CONCEPTO DEL PAGO	ENTIDAD	FECHA DE PAGO	VALOR PAGADO
SALUD:	SURA	2025/11/13	$ 194.700
PENSIÓN:	PROTECCION	2025/11/13	$ 249.200
RIESGOS LABORALES:	SURA	2025/11/13	$ 38.000
OTRO			
TOTAL PAGADO			$ 481.900

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	*BETSY LILIANA VARGAS RODRIGUEZ* *PS_1496_2025_C1FB17* **BETSY LILIANA VARGAS RODRIGUEZ** **CC: 1023974848**
FIRMA DE QUIEN VALIDA	*LEIDY JOHANA FUYA MUNEVAR* *PS_1496_2025_C1FB17* **LEIDY JOHANA FUYA MUNEVAR** **SUPERVISOR ALTERNO**

FIRMA DE QUIEN CONVALIDA EL CUMPLIMIENTO DE LAS OBLIGACIONES PARA EL PRESENTE PERIODO DE PAGO	 *ZULMA JANNETH LÓPEZ CUBIDES* *PS_1496_2025_C1FB17* **ZULMA JANNETH LÓPEZ CUBIDES** **SUPERVISOR DEL CONTRATO**