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:	**MARTHA LILIANA HERNANDEZ GARCIA**			**CC:**	**1070706654**
CORREO ELECTRÓNICO:	**MARTHAAA.92H@GMAIL.COM**			**TELÉFONO:**	**3209055037**
DIRECCIÓN DOMICILIO:	**CL 108 B 5 47**			**CIUDAD:**	**BOGOTA**
BANCO AL CUAL CONSIGNAR:	**BANCO DAVIVIENDA S.A.**	**TIPO DE CUENTA:**	**AHORROS**	**N° CUENTA:**	**008400804111**
DATOS DEL CONTRATO O ADICION Y PERIODO OBJETO DE PAGO					
Nº DEL CONTRATO:	**PS 1495 2025**	**VALOR CORRESPONDIENTE AL PERIODO OBJETO DE COBRO**			**$ 1.900.000**
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**				

MARTHA LILIANA HERNANDEZ GARCIA
PS_1495_2025_3DE9B0

NOMBRE Y FIRMA DEL CONTRATISTA:
MARTHA LILIANA HERNANDEZ GARCIA
CC: 1070706654
CEL: 3209055037

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			
MARTHA LILIANA HERNANDEZ GARCIA			
	CON C.C N°	**1.070.706.654**	
OBJETO DEL CONTRATO:	PRESTAR SERVICIOS COMO BACHILLER 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 1495 2025**	**FECHA INICIO CONTRATO**	**2025/01/01**
VALOR INICIAL DEL CONTRATO	$ 5.388.960	**No. HORAS EJECUTADAS**	**0**
VALOR TOTAL DEL CONTRATO INCLUIDO ADICIONES:	$ 20.775.584	**VALOR DE HONORARIOS PERÍODO A CERTIFICAR:**	$ 1.900.000
PLAZO DEL CONTRATO INCLUYENDO PRORROGAS	ONCE (11) MESES		
UNIDAD FUNCIONAL DE EJECUCIÓN DE ACTIVIDADES:	HOSPITAL SAN BLAS		
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	1. conocimiento y manejo de los aplicativos institucionales, como insumo para la elaboración de informes del subproceso de pqrs la oficina de participación comunitaria y servicio al ciudadano. Se maneja el aplicativo Agilsalud BOGOTA TE ESCUCHA DINAMICA GERENCIAL Seguimientos-
2	2. operar el sistema de gestión documental adelantando la recepción inicial, revisión diaria, sistematización, fotocopiado o escáner, repartición, recepción de respuestas, archivo de las mismas al día y seguimiento según se requiera o de acuerdo a lo asignado. En el mes de noviembre se recepciona 358 buzones con sus respectivas 126 actas, los cuales se escanean y se proceden a radicar en el aplicativo Agilsalud.
3	3. brindar apoyo en la recepción telefónica y personal de usuarios internos y externos cuando se requiera; además de adelantar llamadas telefónicas, envió de correspondencia (por correo urbano y correo electrónico, y entrega de respuestas). Se llaman a 36 pacientes a ampliar la información, y para verificar datos personales de los requerimientos.
4	4. apoyo en la consolidación de datos para entes de control u otras dependencias de la subred integrada de servicios de salud centro oriente e.s.e. Este mes no se realizó esta actividad.
5	5. consolidación de bases de datos para la elaboración de informes. Este mes no se realizo esta actividad.
6	6. diligenciar los indicadores de gestión que correspondan a la información suministrada con el sistema distrital de gestión de peticiones ciudadanas Bogotá te escucha. Para este mes de noviembre se realizaron 270 radicaciones del aplicativo de BOGOTA TE ESCUCHA.
7	7. asistir a los espacios de fortalecimiento convocados por la oficina de participación comunitaria y servicio al ciudadano y la subred integrada de servicios de salud centro oriente e.s.e. Se asiste el día 24 de noviembre 2025 a la reunión de fortalecimiento de la oficina en el Hospital santa clara
8	8. participar en los procesos de fortalecimiento de competencias a través de los cursos y capacitaciones virtuales y presenciales establecidos por la subred integrada de servicios de salud centro oriente e.s.e. Se asiste a una reunión
9	9. apoyar los subprocesos teniendo en cuenta las necesidades propias de la oficina de participación comunitaria y servicio al ciudadano. Se brinda apoyo en el diligenciamiento de las peticiones del área de vigilancia sanitaria de la dependencia de LA VICTORIA.
10	10. garantizar la reserva y confidencialidad de datos e información de los diferentes aplicativos institucionales.
11	11. cumplir con las obligaciones de acuerdo con la demanda y tiempos requeridos según las necesidades del servicio en los centros de salud y hospitales que conforman la subred integrada de servicios de salud centro oriente e.s.e.
12	12. portar visiblemente los elementos institucionales y adecuada presentación personal dando cumplimiento a los manuales y procedimientos de la oficina y de la subred integrada de servicios de salud centro oriente e.s.e. Se porta de forma adecuada el carnet y se mantiene una buena presentación personal.
13	13. las demás obligaciones que sean asignadas en la realización del objeto contractual. Contenidas en el formato de necesidad de personal que hace parte integral del presente contrato. Se realiza apoyo a la oficina en la organización del archivo del año 2024.

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° 91032370	OPERADOR:	MI PLANILLA

CONCEPTO DEL PAGO	ENTIDAD	FECHA DE PAGO	VALOR PAGADO
SALUD:	COMPENSAR	2025/11/12	$ 178.000
PENSIÓN:	PORVENIR	2025/11/12	$ 227.800
RIESGOS LABORALES:	SEGUROS BOLIVAR	2025/11/12	$ 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	*MARTHA LILIANA HERNANDEZ GARCIA* *PS_1495_2025_3DE9B0* **MARTHA LILIANA HERNANDEZ GARCIA** **CC: 1070706654**
FIRMA DE QUIEN VALIDA	*LUZ ALBA QUINTANA FEO* *PS_1495_2025_3DE9B0* **LUZ ALBA QUINTANA FEO** **SUPERVISOR ALTERNO**
FIRMA DE QUIEN CONVALIDA EL CUMPLIMIENTO DE LAS OBLIGACIONES PARA EL PRESENTE PERIODO DE PAGO	*ZULMA JANNETH LÓPEZ CUBIDES* *PS_1495_2025_3DE9B0* **ZULMA JANNETH LÓPEZ CUBIDES** **SUPERVISOR DEL CONTRATO**