

		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:	ELIANA JINETH SIERRA ROA			CC:	1013630966
CORREO ELECTRÓNICO:	NANA.459@HOTMAIL.COM			TELÉFONO:	3108180107
DIRECCIÓN DOMICILIO:	KR 24 D BIS 24 43 SUR			CIUDAD:	BOGOTA
BANCO AL CUAL CONSIGNAR:	BANCO DAVIVIENDA S.A.	TIPO DE CUENTA:	AHORROS	N° CUENTA:	488430341989
DATOS DEL CONTRATO O ADICION Y PERIODO OBJETO DE PAGO					
N° DEL CONTRATO:	PS 7692 2025	VALOR CORRESPONDIENTE AL PERIODO OBJETO DE COBRO		\$ 6.726.885	
FECHA DE INICIO CONTRATO	2025/10/15	FECHA DE TERMINACIÓN CONTRATO:		2025/11/30	
PERIODO OBJETO DE COBRO:	DEL 2025/11/01 AL 2025/11/30				
<div><div>ELIANA JINETH SIERRA ROA PS_7692_2025_12F75F</div></div> <div>NOMBRE Y FIRMA DEL CONTRATISTA:</div> <div>ELIANA JINETH SIERRA ROA</div> <div>CC: 1013630966</div> <div>CEL: 3108180107</div>					

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

ELIANA JINETH SIERRA ROA

CON C.C N°

1.013.630.966

OBJETO DEL CONTRATO:	PRESTAR SERVICIOS PROFESIONALES ESPECIALIZADOS PARA DESARROLLAR ACTIVIDADES EN LA DIRECCION DE SERVICIOS AMBULATORIOS DE LA SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS EN SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E. - RESOLUCI?N 1499 26-08-2024 EBS DE MINISTERIO DE SALUD Y PROTECCI?N SOCIAL
----------------------	--

CONTRATO DE PRESTACION DE SERVICIOS PROFESIONALES No.	PS 7692 2025	FECHA INICIO CONTRATO	2025/10/15
---	--------------	-----------------------	------------

VALOR INICIAL DEL CONTRATO	\$ 3.528.557	No. HORAS EJECUTADAS	0
----------------------------	--------------	----------------------	---

VALOR TOTAL DEL CONTRATO INCLUIDO ADICIONES:	\$ 10.122.103	VALOR DE HONORARIOS PERÍODO A CERTIFICAR:	\$ 6.726.885
--	---------------	---	--------------

PLAZO DEL CONTRATO INCLUYENDO PRORROGAS	DOS (2) MESES
---	---------------

UNIDAD FUNCIONAL DE EJECUCIÓN DE ACTIVIDADES:	HOSPITAL SANTA CLARA
NOMBRE DEL SUPERVISOR:	BERTHA SOFIA DIAZ QUEVEDO

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	Se realiza la apropiación para conocer y aplicar los lineamientos de la Resolución 1499 de 2024, se garantiza la ejecución de actividades con enfoque de calidad en salud documentadas evidencias de las acciones realizadas.
2	2Se diseño el cronograma mensual con base en el plan operativo socializando con el equipo.
3	3Coordinar con los equipos los servicios a realizar apoyando el desarrollo de jornadas de salud comunitarias, verificando los soportes exigidos (fichas, registros, listados).
4	Monitorear el cumplimiento de los equipos asignados en cada localidad verificando el cumplimiento de las actividades asignadas por el lineamiento, identificando oportunidades de mejora para gestionar acciones inmediatas
5	se realizó el día 26/11/2025 apropiación conceptual de lineamientos y la resolución 1499 de 2024.
6	Se realiza acompañamiento y supervisión de las actividades de las actividades técnicas desarrollada por cada equipo verificando la productividad del producto
7	Se realiza la organización de los soportes e informes de intervención realizadas en el mes de noviembre 2025.
8	para esta actividad no aplica esta obligación en este mes
9	para este mes no aplica el desarrollo de esta actividad
10	Se convoca a las reuniones periódicas generando actas con acuerdos y compromisos correspondientes a las necesidades presentadas.
11	Se realiza precríticas con el fin de garantiza la calidad y coherencia de la línea técnica desarrollada en las actividades en cada producto.
12	Se realiza acompañamiento continua al talento humano nuevo y su correspondiente seguimiento.
13	Participe en los comités establecidos para el mes de noviembre 2025.
14	se realizó el diseño de la agenda técnica en diferentes espacio donde se realice sesiones educativas según la necesidad de las temática a tratar.
15	Se realiza la verificación y cumplimiento de las mestas, actividades y productos, reportando cualquier novedad, implementando acciones de mejora.

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° 7991736195	OPERADOR:	SOI	
CONCEPTO DEL PAGO	ENTIDAD	FECHA DE PAGO	VALOR PAGADO	
SALUD:	SANITAS	2025/11/18	\$ 88.968	
PENSIÓN:	COLPENSIONES	2025/11/18	\$ 113.880	
RIESGOS LABORALES:	SURA	2025/11/18	\$ 17.338	
OTRO				
TOTAL PAGADO			\$ 220.186	

- 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	<div><div>ELIANA JINETH SIERRA ROA PS_7692_2025_12F75F</div><div>ELIANA JINETH SIERRA ROA CC: 1013630966</div></div>
FIRMA DE QUIEN CONVALIDA EL CUMPLIMIENTO DE LAS OBLIGACIONES PARA EL PRESENTE PERIODO DE PAGO	<div><div>BERTHA SOFIA DIAZ QUEVEDO PS_7692_2025_12F75F</div><div>BERTHA SOFIA DIAZ QUEVEDO SUPERVISOR DEL CONTRATO</div></div>