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:	**MYRIAM CECILIA SAMACA RODRIGUEZ**			**CC:**	**51985240**
CORREO ELECTRÓNICO:	**MYRIAMSAMACA@GMAIL.COM**			**TELÉFONO:**	**3125694436**
DIRECCIÓN DOMICILIO:	**CL 124 9 39 AP 303**			**CIUDAD:**	**BOGOTA**
BANCO AL CUAL CONSIGNAR:	**BANCO DAVIVIENDA S.A.**	**TIPO DE CUENTA:**	**AHORROS**	**N° CUENTA:**	**009270331573**
DATOS DEL CONTRATO O ADICION Y PERIODO OBJETO DE PAGO					
Nº DEL CONTRATO:	**PS 5551 2025**	**VALOR CORRESPONDIENTE AL PERIODO OBJETO DE COBRO**			**$ 6.065.274**
FECHA DE INICIO CONTRATO	**2025/01/06**	**FECHA DE TERMINACIÓN CONTRATO:**			**2025/11/30**
PERIODO OBJETO DE COBRO:	**DEL 2025/11/01 AL 2025/11/30**				

MYRIAM CECILIA SAMACA RODRIGUEZ
PS_5551_2025_A0D34D

NOMBRE Y FIRMA DEL CONTRATISTA:
MYRIAM CECILIA SAMACA RODRIGUEZ
CC: 51985240
CEL: 3125694436

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			
MYRIAM CECILIA SAMACA RODRIGUEZ			
	CON C.C N°	**51.985.240**	
OBJETO DEL CONTRATO:	PRESTAR SERVICIOS PROFESIONALES COMO ENFERMERO (A) PARA DESARROLLAR ACTIVIDADES EN LA DIRECCI?N DE SERVICIOS AMBULATORIOS DE LA SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS EN SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E. - CONVENIO EBS DE MINISTERIO DE SALUD Y PROTECCION SOCIAL SEG?N RESOLUCION 1499 26-08-2024		
CONTRATO DE PRESTACION DE SERVICIOS PROFESIONALES No.	**PS 5551 2025**	**FECHA INICIO CONTRATO**	**2025/01/06**
VALOR INICIAL DEL CONTRATO	$ 18.000.168	**No. HORAS EJECUTADAS**	**186**
VALOR TOTAL DEL CONTRATO INCLUIDO ADICIONES:	$ 33.978.578	**VALOR DE HONORARIOS PERÍODO A CERTIFICAR:**	$ 6.065.274
PLAZO DEL CONTRATO INCLUYENDO PRORROGAS	ONCE (11) 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	REALICE Y GESTIONE LAS RESPUESTA A LAS SOLICITUDES Y PQRS QUE INGRESARON POR AGILSALUD
2	GESTIONE LAS ACTIVIDADES DE INDUCCCIÓN AL NUEVO TALENTO HUMANO EN LAS DIFERENTES TEMATICAS REQUERIDAS CON LOS REFERENTES A CARGO DE LINEAMIENTOS EBS, GTAPS, DINÁMICA GERENCIAL, MIPRES, GEOREFERENCIACIÓN PARA EL NUEVO TALENTO HUMANO CON LOS REFERENTES.
3	PARTICIPE EN LA ELABORACIÓN DE LOS INFORMES DE MINISTERIO DE SALUD Y PROTECCIÓN SOCIAL Y SECRETARIA DISTRITAL DE SALUD RELACIONADOS CON LA RESOLUCIÓN 1499/2024
4	REALICE LAS ACTIVIDADES ASIGNADAS POR LA COORDINADORA Y SUPERVISORA DE EBS RESOLUCIÓN 1499 DE 2024
5	REALICE LA GESTIÓN PARA LA CONSECUCIÓN Y ASIGNACIÓN DE LOS VEHICULOS PARA EL TRASLADO DEL TALENTO HUMANO A LOS MICROTERRITORIOS DE LOS EQUIPOS BÁSICOS DE SALUD.
6	BRINDE ACOMPAÑAMIENTO AL TALENTO HUMANO QUE REQUIRIO DE LA PROGRAMACIÓN DE LAS RUTAS DE TRANSPORTE PARA LAS JORNADAS, RUTEO Y DESPLAZAMIENTO A LOS TERRITORIOS.
7	ELABORE LAS ACTAS DE REUNIÓN QUE ME CORRESPONDIAN PARA ESTE PERIODO
8	DINAMICE LA REALIZACIÓN DEL CURSO DE MISIÓN MÉDICA DEL EQUIPO
9	PARTICIPE EN LAS CONVOCATORIAS REALIZADAS POR LA COORDINACIÓN DENTRO DEL PROCESO DE IMPLEMENTACIÓN, ACOMPAÑAMIENTO Y SEGUIMIENTO DE EQUIPOS BASICOS DE SALUD EBS DEL MINISTERIO DE SALUD Y PROTECCION SOCIAL SEGÚN RESOLUCIÓN 1499 DE 2024
10	ASISTI AL COMITE GENERAL DE LOS EQUIPOS BÁSICOS DE SALUD
11	REALICE EL PROCESO DE ARTICULACIÓN CON LOS REFERENTES BIOMEDICOS, ALMACEN Y ACTIVOS FIJOS PARA LA RECEPCIÓN DE LOS EQUIPOS BIOMEDICOS PARA LOS EBS.

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° 7991478625	OPERADOR:	SOI

CONCEPTO DEL PAGO	ENTIDAD	FECHA DE PAGO	VALOR PAGADO
SALUD:	COMPENSAR	2025/11/14	$ 300.000
PENSIÓN:	COLPENSIONES	2025/11/14	$ 384.000
RIESGOS LABORALES:	SURA	2025/11/14	$ 58.500
OTRO			
TOTAL PAGADO			$ 742.500

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	*MYRIAM CECILIA SAMACA RODRIGUEZ* *PS_5551_2025_A0D34D* **MYRIAM CECILIA SAMACA RODRIGUEZ** **CC: 51985240**
FIRMA DE QUIEN CONVALIDA EL CUMPLIMIENTO DE LAS OBLIGACIONES PARA EL PRESENTE PERIODO DE PAGO	*BERTHA SOFIA DIAZ QUEVEDO* *PS_5551_2025_A0D34D* **BERTHA SOFIA DIAZ QUEVEDO** **SUPERVISOR DEL CONTRATO**

1 Información general
2 Condiciones
3 Bienes y servicios
4 Documentos del Proveedor
5 Documentos del contrato
6 Información presupuestal
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? Sí 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		
	1 PS 5551 2025 CRP-17144.pdf	1 PS 5551 2025 CRP-17144.pdf	Comprador	Descargar	Detalle
	PS 5551 Cuenta de Cobro Septiembrre 2025.pdf (Archivado)	PS 5551 Cuenta de Cobro Septiembrre 2025.pdf	Comprador	Descargar	Detalle
	PS 5551 Cuenta de Cobro Octubre 2025.pdf (Archivado)	PS 5551 Cuenta de Cobro Octubre 2025.pdf	Proveedor	Descargar	Detalle
	PS 5551 Cuenta de Cobro Septiembrre 2025.pdf (Archivado)	PS 5551 Cuenta de Cobro Septiembre 2025.pdf	Proveedor	Descargar	Detalle
☐	PS 5551 Cuenta de Cobro Septiembre 2025.pdf	PS 5551 Cuenta de Cobro Septiembre 2025.pdf	Proveedor	Descargar	Detalle
☐	PS 5551 Cuenta de Cobro Octubre_2025.pdf	PS 5551 Cuenta de Cobro Octubre_2025.pdf	Proveedor	Descargar	Detalle
☐	PS 5551 CUENTA DE COBRO JUNIO 2025.pdf	PS 5551 CUENTA DE COBRO JUNIO 2025.pdf	Proveedor	Descargar	Detalle
☐	PS 5551 CUENTA DE COBRO JULIO 2025.pdf	PS 5551 CUENTA DE COBRO JULIO 2025.pdf	Proveedor	Descargar	Detalle
☐	PS 5551 CUENTA DE COBRO AGOSTO 2025.pdf	PS 5551 CUENTA DE COBRO AGOSTO 2025.pdf	Proveedor	Descargar	Detalle

Borrar Cargar nuevo

Cancelar

< Evaluación de la Entidad Estatal >