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: (31-12-2025)					
NOMBRES Y APELLIDOS:	**ANA MILENA ALARCON BONILLA**			**CC:**	**52284858**
CORREO ELECTRÓNICO:	**MILE.AUXILIAR@GMAIL.COM**			**TELÉFONO:**	**3214461593**
DIRECCIÓN DOMICILIO:	**KR 7 F ESTE 90 D 33 SUR**			**CIUDAD:**	**BOGOTA**
BANCO AL CUAL CONSIGNAR:	**BANCO DAVIVIENDA S.A.**	**TIPO DE CUENTA:**	**AHORROS**	**N° CUENTA:**	**004870329515**
DATOS DEL CONTRATO O ADICION Y PERIODO OBJETO DE PAGO					
Nº DEL CONTRATO:	**PS 1508 2025**	**VALOR CORRESPONDIENTE AL PERIODO OBJETO DE COBRO**			**$ 2.222.946**
FECHA DE INICIO CONTRATO	**2025/01/01**	**FECHA DE TERMINACIÓN CONTRATO:**			**2026/01/15**
PERIODO OBJETO DE COBRO:	**DEL 2025/12/01 AL 2025/12/31**				

ANA MILENA ALARCON BONILLA
PS_1508_2025_9A2345

NOMBRE Y FIRMA DEL CONTRATISTA:
ANA MILENA ALARCON BONILLA
CC: 52284858
CEL: 3214461593

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			
ANA MILENA ALARCON BONILLA			
	CON C.C N°	**52.284.858**	
OBJETO DEL CONTRATO:	PRESTAR SERVICIOS COMO TECNICO 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 1508 2025**	**FECHA INICIO CONTRATO**	**2025/01/01**
VALOR INICIAL DEL CONTRATO	$ 6.668.838	**No. HORAS EJECUTADAS**	**0**
VALOR TOTAL DEL CONTRATO INCLUIDO ADICIONES:	$ 28.898.298	**VALOR DE HONORARIOS PERÍODO A CERTIFICAR:**	$ 2.222.946
PLAZO DEL CONTRATO INCLUYENDO PRORROGAS	TRECE (13) 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	DESDE LA UNIDAD DIANA TURBAY SE GESTIONA EL ACCESO DE LOS USUARIOS A LOS SERVICIOS, TENIENDO EN CUENTA LOS MANUALES Y PROTOCOLOS INSTITUCIONALES VIGENTES
2	SE ORIENTA A CADA UNO DE LOS USUARIOS EN PROCEDIMIENTOS DE ASEGURAMIENTO, PQRS Y VINCULACION AL SGSSS QUE LO REQUIERAN.
3	EN EL PROCESO DE ASIGNACION DE CITAS SE VERIFICAN A LOS USUARIOS EN BASES DE DATOS (COMPROBADOR DE DERECHOS, DNP, ADRES, GEOREFERENCIADOR).
4	REALICE LAS ENCUESTAS DE ADHERENCIA DE DERECHOS Y DEBERES ASIGNADAS DE USUARIOS, COLABORADORES Y TERCERIZADOS, ASI COMO LAS ENCUESTAS DE PORTAFLIO DE SERVICIOS Y LA CAPACITACION A COLABORADORES EN LOS DOS TEMAS CORRESPONDIENTES DEL MES EN CADA UNO DE LOS FORMATOS ESTABLECIDOS Y LAS METAS ESTABLECIDAS. EN TOTAL AL MES SE REALIZAN 72 ACTIVIDADES.
5	DE MANERA DIARIA REALIZO LAS SESIONES EDUCATIVAS EN LA SALA DE ESPERA DEL CENTRO DE SALUD DIANA TURBAY DE ACUERDO AL CRONOGRAMA Y FORMATO ESTABLECIDO, Y REGISTRO EN EL APLICATIVO DE SI CUENTANOS LAS CAPACITACIONES GRUPALES REALIZADAS EN SALA.
6	DE MANERA DIARIA REALIZO CINCO REGISTROS EN EL APLICATIVO DE SI CUENTANOS BOGOTA DE ATENCIONES INDIVIDUALES Y DE BARRERAS DE ACCESO IDENTIFICADAS DURANTE LA GESTION DIARIA, CON EL FIN DE EVALUAR LAS DIFICULTADES DE ACCESIBILIDAD QUE PUEDEN PRESENTAR LOS USUARIOS EN LOS SERVICIOS DE SALUD SEGUN META ESTABLECIDA.
7	REALICE EL ULTIMO CURSO ESTABLECIDO POR LA OFICINA DE PARTICIPACION COMUNITARIA Y SERVICIO AL CIUADADO CON EL DEPARTAMENTO ADMINISTRATICO DEL SERVICIO CIVIL DISTRITAL DENOMINADO SERVICIO A LA CIUDADANIA. SIENDO PARTE DEL FORTALECIMIENTO DE LAS COMPETENCIA DE LA OFICINA Y ASISTI A LAS CAPACITACIONES VIRTUALES Y PRESENCIALES ESTABLECIDOS POR LA SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E.
8	EN EL CENTRO DE SALUD DIANA TURBAY DESARROLLE LOS TALLERES PEDAGOGICOS SEGÚN EL CRONOGRAMA Y METODOLOGIA ESTABLECIDA EN LOS MANUALES Y PROTOCOLOS INSTITUCIONALES VIGENTES.
9	SE ENTREGAN EN LOS TIEMPOS CORRESPONDIENTES CADA UNO DE LOS SOPORTES DE LA PRODUCTIVIDAD Y GESTION REALIZADA DENTRO DEL MES DE ACUERDO A LOS LINEAMIENTOS ESTABLECIDOS POR LA OFICINA DE PARTICIPACION COMUNITARIA Y SERVICIO AL CIUDADANO.
10	CON CADO DE LOS USUARIO QUE ATENDI CONSULTE EL SISTEMA DE DINAMICA GERENCIAL, CON EL FIN DE LLEVAR A CABO SU CONSULTA DE AGENDAMIENTO DE CITAS MEDICAS Y ACTUALIZACION DE DATOS DE CADA UNO DE LOS USUARIO.
11	DE ACUERDO A LA SOLICITUD DE LA REFERENTE DE SERVICIO AL CIUDADANO CUANDO SE HA PRESENTADO UN REQUERIMIENTO, HE APOYADO EN LA VERIFICACION Y EMISION DE RESPUESTA A LA PQRS Y EN LA ASIGNACION DE CITAS MEDICAS DE ENTES DE CONTROL, EN EL MES DE DICIEMBRE NO HE TENIDO QUEJAS.
12	EN EL MES DE DICIEMBRE ASISTÍ A LOS ESPACIOS DE FORTALECIMIENTO CONVOCADOS POR LA OFICINA DE PARTICIPACION COMUNITARIA Y SERVICIO AL CIUDADANO Y LA SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E.

13	APOYE LOS SUBPROCESOS TENIENDO EN CUENTA LAS NECESIDADES PROPIAS DE LA OFICINA DE PARTICIPACION COMUNITARIA Y SERVICIO AL CIUDADANO.
14	GARANTICE LA RESERVA Y CONFIDENCIALIDAD DE DATOS E INFORMACION DE LOS DIFERENTES APLICATIVOS INSTITUCIONALES. 15. CUMPLI CON LAS OBLIGACIONES Y ACTIVIDADES DE ACUERDO CON LA DEMANDA Y TIEMPOS REQUERIDOS SEGUN 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.
15	CUMPLI CON LAS OBLIGACIONES Y ACTIVIDADES DE ACUERDO CON LA DEMANDA Y TIEMPOS REQUERIDOS SEGUN 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.
16	PORTE VISIBLEMENTE LOS ELEMENTOS INSTITUCIONALES Y ADECUADA PRESENTACION 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.
17	LAS DEMAS OBLIGACIONES QUE SEAN ASIGNADAS EN LA REALIZACION DEL OBJETO CONTRACTUAL.

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 (2025-12-01) AL (2025-12-31)

IV. INFORMACIÓN DE APORTES A SEGURIDAD SOCIAL

No. DE PLANILLA:	N° 1077228356	OPERADOR:	SIMPLE

CONCEPTO DEL PAGO	ENTIDAD	FECHA DE PAGO	VALOR PAGADO
SALUD:	SALUD TOTAL	2025/12/10	$ 178.000
PENSIÓN:	COLPENSIONES	2025/12/10	$ 227.800
RIESGOS LABORALES:	SURA	2025/12/10	$ 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	*ANA MILENA ALARCON BONILLA* *PS_1508_2025_9A2345* **ANA MILENA ALARCON BONILLA** **CC: 52284858**

FIRMA DE QUIEN VALIDA	*MARÍA CAROLINA PINILLA JIMÉNEZ* *PS_1508_2025_9A2345* **MARÍA CAROLINA PINILLA JIMÉNEZ** **SUPERVISOR ALTERNO**
FIRMA DE QUIEN CONVALIDA EL CUMPLIMIENTO DE LAS OBLIGACIONES PARA EL PRESENTE PERIODO DE PAGO	*ZULMA JANNETH LÓPEZ CUBIDES* *PS_1508_2025_9A2345* **ZULMA JANNETH LÓPEZ CUBIDES** **SUPERVISOR DEL CONTRATO**