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:	**PAULA ALEJANDRA CANACUE PRIETO**			**CC:**	**1031167470**
CORREO ELECTRÓNICO:	**ALEJACP.29@GMAIL.COM**			**TELÉFONO:**	**3046428202**
DIRECCIÓN DOMICILIO:	**CL 33A SUR 23 A36 AP 201**			**CIUDAD:**	**BOGOTA**
BANCO AL CUAL CONSIGNAR:	**BANCO DAVIVIENDA S.A.**	**TIPO DE CUENTA:**	**AHORROS**	**N° CUENTA:**	**008400816784**
DATOS DEL CONTRATO O ADICION Y PERIODO OBJETO DE PAGO					
Nº DEL CONTRATO:	**PS 3268 2025**	**VALOR CORRESPONDIENTE AL PERIODO OBJETO DE COBRO**			**$ 3.143.560**
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**				

PAULA ALEJANDRA CANACUE PRIETO
PS_3268_2025_623B7C

NOMBRE Y FIRMA DEL CONTRATISTA:
PAULA ALEJANDRA CANACUE PRIETO
CC: 1031167470
CEL: 3046428202

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			
PAULA ALEJANDRA CANACUE PRIETO			
	CON C.C N°	**1.031.167.470**	
OBJETO DEL CONTRATO:	PRESTAR SERVICIOS COMO TECNOLOGO ADMINISTRATIVO PARA DESARROLLAR ACTIVIDADES EN LA DIRECCION DE CONTRATACION DE LA SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E.		
CONTRATO DE PRESTACION DE SERVICIOS PROFESIONALES No.	**PS 3268 2025**	**FECHA INICIO CONTRATO**	**2025/01/01**
VALOR INICIAL DEL CONTRATO	$ 9.430.680	**No. HORAS EJECUTADAS**	**0**
VALOR TOTAL DEL CONTRATO INCLUIDO ADICIONES:	$ 40.866.280	**VALOR DE HONORARIOS PERÍODO A CERTIFICAR:**	$ 3.143.560
PLAZO DEL CONTRATO INCLUYENDO PRORROGAS	TRECE (13) MESES		
UNIDAD FUNCIONAL DE EJECUCIÓN DE ACTIVIDADES:	SEDE ADMINISTRATIVA DIAGONAL 34		
NOMBRE DEL SUPERVISOR:	LUIS FERNANDO JOYA JOYA		

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 RECEPCIÓN DE SOLICITUDES DE PERSONAL ENVIADAS POR LAS DIRECCIONES A TRAVÉS DEL CORREO ELECTRÓNICO REQUERIMIENTOSCEROPAPEL@SUBREDCENTROORIENTE.GOV.CO Y SE VERIFICA QUE EL FORMATO DE NECESIDAD CUMPLA CON LOS REQUISITOS ESTABLECIDOS EN LA TABLA DE HONORARIOS VIGENTE DE LA SUBRED.
2	SE REVISA EL FORMATO DE NECESIDAD PARA IDENTIFICAR POSIBLES SUBSANACIONES O INCONSISTENCIAS, SE INFORMA A LA DIRECCIÓN CORRESPONDIENTE SOBRE LAS SUBSANACIONES NECESARIAS, SOLICITANDO LAS CORRECCIONES PERTINENTES Y SE REALIZA EL SEGUIMIENTO CON LOS ENLACES PARA ASEGURAR QUE LAS CORRECCIONES SEAN REALIZADAS Y ENVIADAS NUEVAMENTE, SI EL FORMATO CUMPLE CON TODOS LOS REQUISITOS, SE ASIGNA UN NÚMERO DE HOJA DE RUTA PARA DAR INICIO AL PROCESO ADMINISTRATIVO DE FIRMAS
3	SE RECIBEN LAS SOLICITUDES DE REINTEGROS Y LIBERACIÓN DE SALDOS DE CONTRATACIÓN OPS DE LOS RUBROS ASISTENCIAL, HONORARIOS Y RST DESDE EL ÁREA DE PRESUPUESTO, SE VERIFICA SI LA NECESIDAD YA HA SIDO RADICADA Y SI EXISTEN SALDOS PENDIENTES SE PROCEDE A ENVIARLE LA INFORMACIÓN AL RESPECTIVO ENLACE PARA SU LIBERACIÓN, ADICIONAL SE LES INFORMA A LOS PROFESIONALES DEL ÁREA DE SELECCIÓN SOBRE LOS SALDOS DISPONIBLES PARA SU UTILIZACIÓN.
4	SE BRINDA APOYO EN LOS PROCESOS DE SELECCIÓN DE PERSONAL EN MASIVA, COMO EL CONVENIO EBS DEL MINISTERIO DE SALUD, PERSONAL ADMINISTRATIVO, MASIVA CONVENIO PSPIC, MASIVA MAS BIENESTAR PROPORCIONADO POR LA DIRECCIÓN DE CONTRATACIÓN.
5	SE REALIZA SEGUIMIENTO A LOS CANDIDATOS MEDIANTE CORREO ELECTRÓNICO, LLAMADAS TELEFÓNICAS Y MENSAJES DE WHATSAPP.
6	SE VERIFICA QUE EL FORMATO DE NECESIDAD CUENTE CON TODAS LAS FIRMAS REQUERIDAS UNA VEZ SEA ENTREGADO POR EL ÁREA DE PRESUPUESTO, SE SOLICITA EL FORMATO DE INSUFICIENCIA A LA DIRECCIÓN DE TALENTO HUMANO A TRAVÉS DE CORREO ELECTRÓNICO APOYOTALENTOHUMANO@SUBREDCENTROORIENTE.GOV.CO, AL OBTENER LA RESPUESTA, SE IMPRIME Y SE LLEVA A LA OFICINA DE TALENTO HUMANO PARA LA FIRMA CORRESPONDIENTE.
7	SE DILIGENCIA Y SE REALIZA SEGUIMIENTO A LAS BASES PROPORCIONADAS POR EL ÁREA PARA LLEVAR CONTROL DE LOS DIFERENTES CANDIDATOS EN PROCESO DE SELECCIÓN, ADICIONAL SE ALIMENTA LA BASE COMPARTIDA A LA DIRECCIÓN DE CONTRATACIÓN CON LAS HOJAS DE VIDA CORRESPONDIENTES
8	SE DILIGENCIAN LOS FORMATOS DE IDONEIDAD DE LOS DIFERENTES PERFILES A RADICAR, ADJUNTANDO LA INFORMACIÓN SOLICITADA EN LA CARPETA DEL CANDIDATO.
9	UNA VEZ COMPLETADO EL PROCESO DE TRÁMITE DE FIRMAS, SE ENTREGA LA NECESIDAD COMPLETA A LOS PROFESIONALES DEL ÁREA DE SELECCIÓN MEDIANTE UNA RELACIÓN, Y EL PSICÓLOGO PROCEDE A LA RADICACIÓN DEL PERFIL, SIEMPRE Y CUANDO LOS DOCUMENTOS REQUERIDOS ESTÉN COMPLETOS.
10	AL MOMENTO DE RADICAR LA CARPETA DEL CANDIDATO, SE VERIFICA QUE LOS DOCUMENTOS CEDULA, RUT Y CERTIFICACION BANCARIA SE ENCUENTREN LEGIBLES Y ACTUALIZADOS, PARA SER ENVIADOS AL AREA CORRESPONDIENTE.
11	SE REALIZAN LAS DEMÁS ACTIVIDADES QUE SE REQUIEREN DE ACUERDO AL 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° 1077310777	OPERADOR:	SIMPLE

CONCEPTO DEL PAGO	ENTIDAD	FECHA DE PAGO	VALOR PAGADO
SALUD:	FAMISANAR	2025/12/13	$ 178.000
PENSIÓN:	COLPENSIONES	2025/12/13	$ 227.800
RIESGOS LABORALES:	SURA	2025/12/13	$ 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	*PAULA ALEJANDRA CANACUE PRIETO* *PS_3268_2025_623B7C* **PAULA ALEJANDRA CANACUE PRIETO** **CC: 1031167470**
FIRMA DE QUIEN CONVALIDA EL CUMPLIMIENTO DE LAS OBLIGACIONES PARA EL PRESENTE PERIODO DE PAGO	*LUIS FERNANDO JOYA JOYA* *PS_3268_2025_623B7C* **LUIS FERNANDO JOYA JOYA** **SUPERVISOR DEL CONTRATO**