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:	**ANGIE NATALIA BAUTISTA FORERO**			**CC:**	**1000617469**
CORREO ELECTRÓNICO:	**natafore22@gmail.com**			**TELÉFONO:**	**3213132496**
DIRECCIÓN DOMICILIO:	**CL 9 SUR 2 38 E**			**CIUDAD:**	**BOGOTA**
BANCO AL CUAL CONSIGNAR:	**BANCO DAVIVIENDA S.A.**	**TIPO DE CUENTA:**	**AHORROS**	**N° CUENTA:**	**488426066814**
DATOS DEL CONTRATO O ADICION Y PERIODO OBJETO DE PAGO					
Nº DEL CONTRATO:	**PS 1222 2025**	**VALOR CORRESPONDIENTE AL PERIODO OBJETO DE COBRO**			**$ 2.672.026**
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**				

ANGIE NATALIA BAUTISTA FORERO
PS_1222_2025_DA6B3B

NOMBRE Y FIRMA DEL CONTRATISTA:
ANGIE NATALIA BAUTISTA FORERO
CC: 1000617469
CEL: 3213132496

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			
ANGIE NATALIA BAUTISTA FORERO			
	CON C.C N°	**1.000.617.469**	
OBJETO DEL CONTRATO:	PRESTAR SERVICIOS COMO TECNICO DE APOYO A LA GESTION PARA DESARROLLAR ACTIVIDADES EN LA DIRECCION DE SERVICIOS AMBULATORIOS DE LA SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E.		
CONTRATO DE PRESTACION DE SERVICIOS PROFESIONALES No.	**PS 1222 2025**	**FECHA INICIO CONTRATO**	**2025/01/01**
VALOR INICIAL DEL CONTRATO	$ 8.016.078	**No. HORAS EJECUTADAS**	**0**
VALOR TOTAL DEL CONTRATO INCLUIDO ADICIONES:	$ 34.736.338	**VALOR DE HONORARIOS PERÍODO A CERTIFICAR:**	$ 2.672.026
PLAZO DEL CONTRATO INCLUYENDO PRORROGAS	TRECE (13) MESES		
UNIDAD FUNCIONAL DE EJECUCIÓN DE ACTIVIDADES:	HOSPITAL SANTA CLARA		
NOMBRE DEL SUPERVISOR:	GLORIA MARITZA PINILLA PINILLA		

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	REALIZAR LAS ACTIVIDADES DESIGNADAS POR PARTE DE LA SUPERVISORA DE CONTRATO EN TEMAS DE CALIFICACION EN EL APLICATIVO EDL AL TALENTO HUMANO DE LA DIRECCION, REALIZAR CARGUE DE INFORMACION EN ALMERA DE ACUERDO A LOS PLANES DE MEJORA, REVISION Y DEPURACION DEL CORREO ELECTRONICO DE LA DIRECCION DE AMBULATORIOS, REALIZAR PEDIDO DE INSUMOS, PARTICIPAR EN JORNADAS EXTRAMURALES, ASISTIR A LAS REUNIONES DE LAS CUALES HE SIDO DESIGNADA, APOYAR TRAMITES Y TEMAS ADMINISTRATIVOS DEL CONVENIO EBS Y DISCAPACIDAD.
2	REALIZAR DE MANERA OPORTUNA Y EFICAZ LAS FUNCIONES ESPECIFICAS MENCIONADAS CON EL OBJETO DE GARANTIZAR LA ADECUACION DE PACIENTES DE UNA MANERA EFICIENTE Y ALTAMENTE HUMANIZADA, ? APOYANDO Y GESTIONANDO DE MANERA CONSTANTE EN EL FORTALECIMIENTO DE LAS SUBREDES EN EL MODELO DE ATENCION,, CONTENIDOS EN EL FORMATO DE NECESIDAD DE PERSONAL QUE HACE PARTE INTEGRAL DEL PRESENTE CONTRATO.
3	REALIZAR LAS DEMAS ACTIVIDADES QUE LE SEAN ASIGNADAS ACORDES CON EL OBJETO DEL CONTRATO EN LA SUBRED CENTRO ORIENTE Y UNIDADES DE SERVICIOS DE SALUD
4	ELABORAR UN INFORME MENSUAL Y PRESENTAR CUENTA DE COBRO SOBRE EL DESARROLLO DE LAS ACTIVIDADES Y QUE DE CUENTA DE LAS OBLIGACIONES Y PRODUCTOS DE ACUERDO AL PLAN DE TRABAJO.

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° 1084796568	OPERADOR:	SIMPLE
CONCEPTO DEL PAGO	ENTIDAD	FECHA DE PAGO	VALOR PAGADO
SALUD:	FAMISANAR	2025/12/12	$ 178.000
PENSIÓN:	PORVENIR	2025/12/12	$ 227.800

RIESGOS LABORALES:	SURA	2025/12/12	$ 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	*ANGIE NATALIA BAUTISTA FORERO* *PS_1222_2025_DA6B3B* **ANGIE NATALIA BAUTISTA FORERO** **CC: 1000617469**
FIRMA DE QUIEN CONVALIDA EL CUMPLIMIENTO DE LAS OBLIGACIONES PARA EL PRESENTE PERIODO DE PAGO	*GLORIA MARITZA PINILLA PINILLA* *PS_1222_2025_DA6B3B* **GLORIA MARITZA PINILLA PINILLA** **SUPERVISOR DEL CONTRATO**