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: (31-01-2026)					
NOMBRES Y APELLIDOS:	**MARY LUZ PEÑA SANCHEZ**			**CC:**	**52377594**
CORREO ELECTRÓNICO:	**ARKAN060610@GMAIL.COM**			**TELÉFONO:**	**3005594837**
DIRECCIÓN DOMICILIO:	**KR 1 D 38 B 56 SUR**			**CIUDAD:**	**BOGOTA**
BANCO AL CUAL CONSIGNAR:	**BANCO CAJA SOCIAL**	**TIPO DE CUENTA:**	**AHORROS**	**N° CUENTA:**	**24054484997**
DATOS DEL CONTRATO O ADICION Y PERIODO OBJETO DE PAGO					
Nº DEL CONTRATO:	**PS 1478 2025**	**VALOR CORRESPONDIENTE AL PERIODO OBJETO DE COBRO**			**$ 1.900.000**
FECHA DE INICIO CONTRATO	**2025/01/01**	**FECHA DE TERMINACIÓN CONTRATO:**			**2026/01/31**
PERIODO OBJETO DE COBRO:	**DEL 2026/01/01 AL 2026/01/31**				

MARY LUZ PEÑA SANCHEZ
PS_1478_2025_2D364D

NOMBRE Y FIRMA DEL CONTRATISTA:
MARY LUZ PEÑA SANCHEZ
CC: 52377594
CEL: 3005594837

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			
MARY LUZ PEÑA SANCHEZ			
	CON C.C N°	**52.377.594**	
OBJETO DEL CONTRATO:	PRESTAR SERVICIOS COMO BACHILLER DE APOYO A LA GESTION 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 1478 2025**	**FECHA INICIO CONTRATO**	**2025/01/01**
VALOR INICIAL DEL CONTRATO	$ 5.388.960	**No. HORAS EJECUTADAS**	**0**
VALOR TOTAL DEL CONTRATO INCLUIDO ADICIONES:	$ 26.475.584	**VALOR DE HONORARIOS PERÍODO A CERTIFICAR:**	$ 1.900.000
PLAZO DEL CONTRATO INCLUYENDO PRORROGAS	TRECE (13) MESES		
UNIDAD FUNCIONAL DE EJECUCIÓN DE ACTIVIDADES:	HOSPITAL LA VICTORIA		
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	1. DESDE LA UNIDAD DE BELLO HORIZONTE SE GESTIONA EL ACCESO DE LOS USUARIOS A LOS SERVICIOS, TENIENDO EN CUENTA LOS MANUALES Y PROTOCOLOS INSTITUCIONALES.
2	SE ORIENTA A CADA UNO DE LOS USUARIOS EN PROCEDIMEINTOS DE ASEGURAMIENTOS, PQRS Y VINCULACION AL SGSSS QUE LO REQUIERAN.
3	3. EN EL PROCESO DE ASIGNACION DE CITAS SE VERIFICAN A LOS USUARIOS EN BASES DE DATOS (COMPROBADOR DE DERECHOS, DNP, ADRES, GEOREFERENCIADOR).
4	4. SE REALIZAN 15 ENCUESTAS DE DERECHOS Y DEBERES ASIGNADAS DE USUARIOS, COLABORADORES Y TERCERIZADOS, ASI COMO 15 ENCUESTAS DE PORTAFOLIO DE SERVICIOS Y 15 CAPACITACION A COLABORADORES EN LOS DOS TEMAS CORRESPONDIENTES DEL MES EN CADA UNO DE FORMATOS Y LAS METAS ESTABLECIDAS.
5	5. DE MANERA DIARIA SE REALIZAN 2 SESIONES EDUCATIVAS EN LA SALA DE ESPERA DEL CENTRO DE SALUD BELLO HORIZONTE DE ACUERDO AL CRONOGRAMA Y FORMATO ESTABLECIDO, Y EL REGISTRO EN EL APLICATIVO SICUENTANOS. LAS CAPACITACIONES GRUPALES REALIZADAS EN SALA.
6	DE MANERA DIARIA SE REALIZA EL REGISTRO DE CINCO 5 REGISTROS DIARIOS EN EL APLICATIVO SI CUENTANOS BOGOTA, DE ATENCIONES INDIVIDUALES, PARA UN TOTAL DE 100 REGISTROS EN EL MES DE ENERO , Y BARRERAS DE ACCESOIDENTIFICADAS DURANTE LA GESTION DIARIA, CON EL FIN DE EVALUAR DIFICULTADES DE ACCESIBILIDAD QUE PUEDEN P´RESENTAR LOS USUARIOSEN LOS SERVICIOS DE SALUD.
7	7. EN EL MES DE ENERO NO SE REALIZARON CAPACITACIONES VIRTUALES Y PRESENCIALES ESTABLECIDOS POR LA SUBRES INTEGRADA DE SERVICIOS DE SAKLUD CENTRO ORIENTE E.S.E.
8	8. EN EL CENTRO DE SALUD BELLO HORIZONTE SE DESAROLLARON LOS 4 TALLERES PEDAGOGICOS SEGUN CRONOGRAMA PARA EL MES DE ENERO Y METODOLOGIA ESTABLECIDA EN LOS MANUALES Y PROTOCOLOS INSTITUCIONALES VIGENTES
9	9. SE ENTREGA EN LOS TIEMPOS CORRESPONDIENTESCADA 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	10. CON CADA USUARIO ATENDIDO SE CONSULTA EL SISTEMA DE DINAMICA GERENCIAL, CON EL FIN DE LLEVAR A CABO EL AGENDAMIENTO 1.212 CITAS MEDICAS HASTA LA FECHA Y ACTUALIZACION DE DATOS .
11	11. DE ACUERDO ALA SOLICITUD DE LA REFERENTE DEL SERVICIO AL CIUDADANO , CUANDO SE PRESENTE UN REQUERIMIENTO, SE APOYA 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 ENERO NO HE TENIDO QUEJAS
12	12. EN EL MES DE ENERO ASISTI 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	13. APOYE LOS SUBPROCESOS TENIENDO EN CUENTA LAS NECESIDADES PROPIAS DE LA OFICINA DE PARTICIPACION COMUNITARIA Y SERVICO AL CIUDADANO
14	14. GARANTICE LA RESERVA Y CONFIDENCIALIDAD DE DATOS E INFORMACION DE LOS DIFERENTES APLICATIVOS INSTITUCIONALES.
15	15. CUMPLI CON LAS ACTIVIDADES DE ACUERDO CON LA DEMANDA Y TIEMPOS REQUERIDOS SEGUN LAS NECESIDADES DEL SERVICIO EN EL CENTRO DE SALUD Y HOSPITALES QUE CONFORMAN LA SUBREDINTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E.

16	16. PORTE VISIBLEMENTE LOS ELEMENTOS INSTITUCIONALES Y ADECUADAPRESENTACION PERSONALDANDO CUMPLIMIENTO A LOS MANUALES Y PROCEDIMEI NTOS DE LAOFICINA Y DE LA SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE.
17	17. SE REALIZAN LAS DEMAS ACTIVIDADES QUE SEAN ASIGNADAS EN REALIZACION DEL OBJETO CONTRAACTUAL, SIEMPRE Y CUANDO SE ENVCUENTRAN EL MI CONTRATO LABORAL Y PERTENEZCAN A MI DEPENDENCIA.

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 (2026-01-01) AL (2026-01-31)

IV. INFORMACIÓN DE APORTES A SEGURIDAD SOCIAL

No. DE PLANILLA:	N° 1292585	OPERADOR:	MI PLANILLA

CONCEPTO DEL PAGO	ENTIDAD	FECHA DE PAGO	VALOR PAGADO
SALUD:	COMPENSAR	2026/01/05	$ 178.000
PENSIÓN:	COLPENSIONES	2026/01/05	$ 227.800
RIESGOS LABORALES:	SEGUROS BOLIVAR	2026/01/05	$ 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	*MARY LUZ PEÑA SANCHEZ* *PS_1478_2025_2D364D* **MARY LUZ PEÑA SANCHEZ** **CC: 52377594**
FIRMA DE QUIEN VALIDA	*MARÍA CAROLINA PINILLA JIMÉNEZ* *PS_1478_2025_2D364D* **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_1478_2025_2D364D* **ZULMA JANNETH LÓPEZ CUBIDES** **SUPERVISOR DEL CONTRATO**