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: (28-02-2026)					
NOMBRES Y APELLIDOS:	**JAQUELINE ACOSTA CRUZ**			**CC:**	**51753685**
CORREO ELECTRÓNICO:	**CONTABILIDAD5@SUBREDCENTROORIENTE.GOV.CO**			**TELÉFONO:**	**3118334655**
DIRECCIÓN DOMICILIO:	**CL 25F 4 102 E**			**CIUDAD:**	**BOGOTA**
BANCO AL CUAL CONSIGNAR:	**BANCO DAVIVIENDA S.A.**	**TIPO DE CUENTA:**	**AHORROS**	**N° CUENTA:**	**008480334989**
DATOS DEL CONTRATO O ADICION Y PERIODO OBJETO DE PAGO					
Nº DEL CONTRATO:	**PS 1708 2026**	**VALOR CORRESPONDIENTE AL PERIODO OBJETO DE COBRO**			**$ 5.194.373**
FECHA DE INICIO CONTRATO	**2026/02/03**	**FECHA DE TERMINACIÓN CONTRATO:**			**2026/05/31**
PERIODO OBJETO DE COBRO:	**DEL 2026/02/03 AL 2026/02/28**				

JAQUELINE ACOSTA CRUZ
PS_1708_2026_1A57B3

NOMBRE Y FIRMA DEL CONTRATISTA:
JAQUELINE ACOSTA CRUZ
CC: 51753685
CEL: 3118334655

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			
JAQUELINE ACOSTA CRUZ			
	CON C.C N°	**51.753.685**	
OBJETO DEL CONTRATO:	PRESTAR SERVICIOS COMO PROFESIONAL ESPECIALIZADO III PARA DESARROLLAR ACTIVIDADES EN LA DIRECCION FINANCIERA DE LA SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E.		
CONTRATO DE PRESTACION DE SERVICIOS PROFESIONALES No.	**PS 1708 2026**	**FECHA INICIO CONTRATO**	**2026/02/03**
VALOR INICIAL DEL CONTRATO	$ 22.375.760	**No. HORAS EJECUTADAS**	**0**
VALOR TOTAL DEL CONTRATO INCLUIDO ADICIONES:	$ 22.375.760	**VALOR DE HONORARIOS PERÍODO A CERTIFICAR:**	$ 5.194.373
PLAZO DEL CONTRATO INCLUYENDO PRORROGAS	CUATRO (4) MESES		
UNIDAD FUNCIONAL DE EJECUCIÓN DE ACTIVIDADES:	SEDE ADMINISTRATIVA DIAGONAL 34		
NOMBRE DEL SUPERVISOR:	ANDRES FELIPE GUZMAN CRUZ		

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) dar estricto cumplimiento a las normas, manuales, procesos y procedimientos vigentes en materia contable respecto al conocimiento, medición y revelación de las partidas asignadas
2	2. realizar la revisión, análisis y conciliación de las cifras reportadas con los procesos de Tesoreria sobre las cuentas de efectivos y equivalentes al efectivo, preparar los formatos para realizar las conciliaciones bancarias y el acta entre Tesoreria y contabilidad
3	. hacer seguimiento y conciliación de los registros de la cuenta de pasivos diferidos de convenios con el fondo financiero distrital, realizando los ajustes pertinentes con la información de costos
4	4. realizar los traslado de los convenios a subvenciones y conciliar con el área de costos
5	5.Preparar las la matriz para el DAESP con la información contable de la Sub Red cada mes
6	6. realizar seguimiento y monitoreo de convenios, control registro y amortización
7	7. realizar los ajustes en el módulo de contabilidad que se derivan en los procesos de conciliaciones
8	8. apoyar la elaboración de revelaciones e informe de cierres contables y entes de contro
9	9. subir al aplicativo del ministerio de salud la información del 2193
10	10.realizar la conciliación de los convenios con la secretaria de hacienda distrital en cuentas reciprocas
11	11. realizar seguimiento y monitoreo de los anticipos entregados por la sub red y realizar los ajustes en el modulo de la contabilidad para la realización de la conciliación
12	12. realizar la conciliación y registros contables, de conformidad a las cuentas contables asignadas y su respectiva depuración
13	, 13. dar respuesta a las solicitudes físicas, correspondencia y correos electrónicos referente a las obligaciones del contrato
14	14. organizar y mantener debidamente ordenado el archivo de conformidad con las normas de gestión documental vigentes
15	15. hacer la entrega formal de las actividades mediante acta de los documentos, archivos, información y elementos a su cargo, al momento de la terminación del contrato.
16	16responder por los elementos y equipos que le sean entregados por el supervisor del contrato
17	17. asistir a las reuniones y capacitaciones programadas por el área
18	18. presentar informe de actividades, acompañado del recibo de pago de salud, pensión y a.r.l. del mes vencido
19	19. realizar las demás actividades relacionadas con el objeto contractual que asigne el supervisor de contrato. contenidas en el formato de necesidad de personal que hace parte integral del presente contrato. Contenidas en el formato de necesidad de personal que hace parte integral del presente contrato.

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 (2026-02-03) AL (2026-02-28)

IV. INFORMACIÓN DE APORTES A SEGURIDAD SOCIAL

No. DE PLANILLA:	N° 35860160	OPERADOR:	ASOPAGOS

CONCEPTO DEL PAGO	ENTIDAD	FECHA DE PAGO	VALOR PAGADO
SALUD:	NUEVA EPS	2026/02/10	$ 287.500
PENSIÓN:	COLPENSIONES	2026/02/10	$ 368.000
RIESGOS LABORALES:	SEGUROS BOLIVAR	2026/02/10	$ 56.100
OTRO			
TOTAL PAGADO			$ 711.600

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	*JAQUELINE ACOSTA CRUZ* *PS_1708_2026_1A57B3* **JAQUELINE ACOSTA CRUZ** **CC: 51753685**
FIRMA DE QUIEN CONVALIDA EL CUMPLIMIENTO DE LAS OBLIGACIONES PARA EL PRESENTE PERIODO DE PAGO	**ANDRES FELIPE GUZMAN CRUZ** **SUPERVISOR DEL CONTRATO**

ASOPAGOS s.a.

RAZÓN SOCIAL :	JACQUELINE ACOSTA CRUZ
IDENTIFICACIÓN:	CC-51753685
COD. DEPENDENCIA O SUCURSAL:	0
NOM. DEPENDENCIA O SUCURSAL:	0
FECHA GENERACIÓN REPORTE:	2026-02-23
FECHA LÍMITE DE PAGO:	2026-02-19
FECHA DE PAGO:	2026-02-10
ENTIDAD DE PAGO:	BANCO DAVIVIENDA
PERÍODO PENSIÓN:	2026-01
PERÍODO SALUD:	2026-01
NÚMERO PLANILLA:	35860160
TOTAL COTIZANTES:	1
REFERENCIA DE PAGO (PIN):	35860160
TIPO DE PLANILLA:	I

CÓDIGO ENTIDAD	NIT	NOMBRE	NÚMERO AFILIADOS	IBC	FONDO SOLIDARIDAD	FONDO SUBSISTENCIA	TOTAL INTERESES	VALOR PAGAR SIN INTERESES	VALOR PAGAR
EPS037	900156264	NUEVA E.P.S. S.A.	1	$ 2.300.000	$ 0	$ 0	$ 0	$ 287.500	$ 287.500
25-14	900336004	COLPENSIONES	1	$ 2.300.000	$ 0	$ 0	$ 0	$ 368.000	$ 368.000
14-7	860002503	SEGUROS BOLIVAR	1	$ 2.300.000	$ 0	$ 0	$ 0	$ 56.100	$ 56.100
CCF24	860066942	COMPENSAR-CCF	1	$ 2.300.000	$ 0	$ 0	$ 0	$ 13.800	$ 13.800
				Total a pagar	$ 0	$ 0	$ 0	$ 725.400	$ 725.400

PAGADO

FECHA DE PAGO DEL SIGUIENTE MES:	19/03/2026