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:	**MARCELA TRIVIÑO CORTES**			**CC:**	**52732383**
CORREO ELECTRÓNICO:	**SOULTC_33@HOTMAIL.COM**			**TELÉFONO:**	**3133839089**
DIRECCIÓN DOMICILIO:	**KR 12BIS 25 06**			**CIUDAD:**	**BOGOTA**
BANCO AL CUAL CONSIGNAR:	**BANCO DAVIVIENDA S.A.**	**TIPO DE CUENTA:**	**AHORROS**	**N° CUENTA:**	**002170093443**
DATOS DEL CONTRATO O ADICION Y PERIODO OBJETO DE PAGO					
Nº DEL CONTRATO:	**PS 3266 2026**	**VALOR CORRESPONDIENTE AL PERIODO OBJETO DE COBRO**			**$ 897.782**
FECHA DE INICIO CONTRATO	**2026/02/20**	**FECHA DE TERMINACIÓN CONTRATO:**			**2026/03/31**
PERIODO OBJETO DE COBRO:	**DEL 2026/02/20 AL 2026/02/28**				

MARCELA TRIVIÑO CORTES
PS_3266_2026_D738F5

NOMBRE Y FIRMA DEL CONTRATISTA:
MARCELA TRIVIÑO CORTES
CC: 52732383
CEL: 3133839089

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			
MARCELA TRIVIÑO CORTES			
	CON C.C N°	**52.732.383**	
OBJETO DEL CONTRATO:	PRESTAR SERVICIOS COMO TECNICO DE APOYO A LA GESTION II 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 3266 2026**	**FECHA INICIO CONTRATO**	**2026/02/20**
VALOR INICIAL DEL CONTRATO	$ 4.003.443	**No. HORAS EJECUTADAS**	**0**
VALOR TOTAL DEL CONTRATO INCLUIDO ADICIONES:	$ 4.003.443	**VALOR DE HONORARIOS PERÍODO A CERTIFICAR:**	$ 897.782
PLAZO DEL CONTRATO INCLUYENDO PRORROGAS	UN (1) MES Y TRECE (13) DIAS		
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	1. PRESTAR SUS SERVICIOS CON CALIDAD Y OPORTUNIDAD PARA EL DESARROLLO DE LAS ACTIVIDADES DEL PROYECTO EQUIPOS BÁSICOS EN SALUD -EBS COMO TÉCNICO ADMINISTRATIVO.
2	APOYAR A LA COORDINACIÓN Y SUPERVISIÓN DEL PROYECTO EN EL ALISTAMIENTO Y SEGUIMIENTO A LA EJECUCIÓN DE LOS COMPROMISOS DEL MISMO
3	GESTIONAR LOS PROCESOS DE ARCHIVO Y CUSTODIA DE LOS DOCUMENTOS QUE SOPORTAN LAS ACCIONES DESARROLLADAS DE ACUERDO CON LAS NORMAS DEL SISTEMA DE GESTIÓN DOCUMENTAL VIGENTES EN LA SUBRED GARANTIZANDO SU DISPOSICIÓN PERMANENTE PARA LA SECRETARIA DISTRITAL DE SALUD
4	REALIZAR, ORGANIZAR Y MANTENER A DISPOSICIÓN LAS ACTAS PROPIAS DE LA EJECUCIÓN DEL PROYECTO.
5	REALIZAR LA DISTRIBUCIÓN DE INSUMOS, EQUIPOS, VEHÍCULOS Y DEMÁS REQUERIMIENTOS A LOS INTEGRANTES DE LOS GRUPOS DE ATENCIÓN EN CASA.
6	APOYAR LA ELABORACIÓN Y REVISIÓN DE DOCUMENTOS CONTRACTUALES PROPIOS DEL PROYECTO
7	APOYAR LA CERTIFICACIÓN Y PAGO DE TALENTO HUMANO Y PROVEEDORES DE BIENES Y SERVICIOS PROPIOS DEL PROYECTO.
8	GARANTIZAR LA GESTIÓN DOCUMENTAL DEL PROYECTO SEGÚN NORMATIVIDAD VIGENTE Y TABLA DE RETENCIÓN DOCUMENTAL INSTITUCIONAL.
9	REALIZAR LAS DEMÁS ACTIVIDADES RELACIONADAS CON EL OBJETO CONTRACTUAL QUE ASIGNE EL SUPERVISOR PARA CIERRE RESOLUCIÓN 1499 26-08-2024

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 (2026-02-20) AL (2026-02-28)

IV. INFORMACIÓN DE APORTES A SEGURIDAD SOCIAL

No. DE PLANILLA:	N° 48125520	OPERADOR:	MI PLANILLA

CONCEPTO DEL PAGO	ENTIDAD	FECHA DE PAGO	VALOR PAGADO
SALUD:	COMPENSAR	2026/02/11	$ 218.900
PENSIÓN:	PORVENIR	2026/02/11	$ 280.200
RIESGOS LABORALES:	SEGUROS BOLIVAR	2026/02/11	$ 42.700
OTRO			
TOTAL PAGADO			$ 541.800

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	*MARCELA TRIVIÑO CORTES* *PS_3266_2026_D738F5* **MARCELA TRIVIÑO CORTES** **CC: 52732383**
FIRMA DE QUIEN CONVALIDA EL CUMPLIMIENTO DE LAS OBLIGACIONES PARA EL PRESENTE PERIODO DE PAGO	*GLORIA MARITZA PINILLA PINILLA* *PS_3266_2026_D738F5* **GLORIA MARITZA PINILLA PINILLA** **SUPERVISOR DEL CONTRATO**