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: (31-03-2026)					
NOMBRES Y APELLIDOS:	**ADRIANA CAMILA HOYOS MARROQUIN**			**CC:**	**1018493735**
CORREO ELECTRÓNICO:	**ADRIANAHOYOS1218@HOTMAIL.COM**			**TELÉFONO:**	**3219462529**
DIRECCIÓN DOMICILIO:	**KR 72B 22A 85**			**CIUDAD:**	**BOGOTA**
BANCO AL CUAL CONSIGNAR:	**BANCO DAVIVIENDA S.A.**	**TIPO DE CUENTA:**	**AHORROS**	**N° CUENTA:**	**488402297060**
DATOS DEL CONTRATO O ADICION Y PERIODO OBJETO DE PAGO					
Nº DEL CONTRATO:	**PS 2955 2026**	**VALOR CORRESPONDIENTE AL PERIODO OBJETO DE COBRO**			**$ 5.593.940**
FECHA DE INICIO CONTRATO	**2026/02/03**	**FECHA DE TERMINACIÓN CONTRATO:**			**2026/05/31**
PERIODO OBJETO DE COBRO:	**DEL 2026/03/01 AL 2026/03/31**				

ADRIANA CAMILA HOYOS MARROQUIN
PS_2955_2026_47F07B

NOMBRE Y FIRMA DEL CONTRATISTA:
ADRIANA CAMILA HOYOS MARROQUIN
CC: 1018493735
CEL: 3219462529

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			
ADRIANA CAMILA HOYOS MARROQUIN			
	CON C.C N°	**1.018.493.735**	
OBJETO DEL CONTRATO:	PRESTAR SERVICIOS COMO PROFESIONAL ESPECIALIZADO III PARA DESARROLLAR ACTIVIDADES EN LA DIRECCION DE GESTION DEL TALENTO HUMANO DE LA SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E.		
CONTRATO DE PRESTACION DE SERVICIOS PROFESIONALES No.	**PS 2955 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:**	$ 5.593.940
PLAZO DEL CONTRATO INCLUYENDO PRORROGAS	CUATRO (4) MESES		
UNIDAD FUNCIONAL DE EJECUCIÓN DE ACTIVIDADES:	HOSPITAL SANTA CLARA		
NOMBRE DEL SUPERVISOR:	MARTHA AYALA ROJAS		

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 cruce de información y consolidar las bases de datos de capacitaciones, con el fin de mantener actualizada la información y dar respuesta oportuna a los requerimientos internos y externos relacionados con el área de capacitación de la Entidad, para el POA se cruzaron 163 columnas en la base de datos
2	Realizar informe de Inducción institucional mes de Febrero
3	Realizar informe de Tecnovigilancia mes de Febrero, 44 personas certificadas
4	Realizar informe Alteraciones Nutricionales mes de Febrero, 8 personas certificadas
5	Realizar informe PQRS mes de Febrero, 3 personas certificadas
6	Realizar informe Gestión Documental mes de Febrero, 18 personas certificadas
7	Realizar informe de Protocolo Abordaje a Primera, Segunda y Tercera Víctima de la Atención en Salud mes de Febrero, 2 personas certificadas
8	Realizar informe de Point Of Care Testing POCT mes de Febrero, 6 personas certificadas
9	Realizar informe de Protección Radiológica mes de Febrero, 4 personas certificadas
10	Realizar informe de Conectados con los usuarios mes de Febrero, 3 personas certificadas
11	Realizar informe de Cesación del Tabaco mes de Febrero, 10 personas certificadas
12	Realizar informe de Buenas Prácticas de Seguridad del Paciente mes de Febrero, 22 personas certificadas
13	Realizar informe de Servimos con el corazón mes de Febrero, 5 personas certificadas
14	Realizar informe de Acoso Laboral mes de Febrero, 5 personas certificadas
15	Realizar informe de Decalogo de Humanización mes de Febrero, 13 personas certificadas
16	Realizar informe de Gobierno Digital mes de Febrero, 7 personas certificadas
17	Realizar informe de Almera mes de Febrero, 7 personas certificadas
18	Realizar informe de Dolor y Sufrimiento: Un Enfoque Integral y Humanizado mes de Febrero, 16 personas certificadas
19	Realizar informe de Sarlaft mes de Febrero, 132 personas certificadas
20	Realizar informe de Entrenamiento en puesto de trabajo mes de Febrero, el indicador alcanza el 34% con un total de 131 Entrenamientos pendientes
21	Actualizar base de Ejes estratégicos mes de Enero, donde la cobertura del indicador acumulado por eje es el siguiente: Atención centrada en el usuario de los servicios de salud (2062), Gestión clínica excelente y segura (3714), Gestión de la tecnología (787), Gestión del riesgo (1987), Humanización de la atención en salud (129), Proceso de transformación cultural permanente (933) y Responsabilidad social (378)
22	Divulgar y socializar la información de capacitaciones, cursos, talleres, etc., tanto internos como los recibidos de entidades externas (DASCD, SDS, Alcaldía, Personería, entre otros) al personal que aplique. Agenda semanal de Capacitación
23	Generar las bases de datos individuales de capacitación, realizar el reporte mensual de éstas en la Plataforma del Sideap - Pic en línea y mantener actualizada la información de las actividades ejecutadas: 163 de Febrero
24	Estructurar video y actividad del curso en Aula CO de Conflicto de intereses
25	Solicitar vía correo la inducción institucional al personal que ingresó a la entidad, 131 pendientes
26	Diligenciar Formulario Furag 2025
27	Estructurar actividad de aprendizaje curso Acoso Laboral Aula Co

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 (2026-03-01) AL (2026-03-31)

IV. INFORMACIÓN DE APORTES A SEGURIDAD SOCIAL

No. DE PLANILLA:	N° 36694570	OPERADOR:	ASOPAGOS

CONCEPTO DEL PAGO	ENTIDAD	FECHA DE PAGO	VALOR PAGADO
SALUD:	SURA	2026/03/10	$ 279.900
PENSIÓN:	PORVENIR	2026/03/10	$ 358.400
RIESGOS LABORALES:	SEGUROS BOLIVAR	2026/03/10	$ 54.700
OTRO			
TOTAL PAGADO			$ 693.000

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	*ADRIANA CAMILA HOYOS MARROQUIN* *PS_2955_2026_47F07B* **ADRIANA CAMILA HOYOS MARROQUIN** **CC: 1018493735**
FIRMA DE QUIEN CONVALIDA EL CUMPLIMIENTO DE LAS OBLIGACIONES PARA EL PRESENTE PERIODO DE PAGO	*MARTHA AYALA ROJAS* *PS_2955_2026_47F07B* **MARTHA AYALA ROJAS** **SUPERVISOR DEL CONTRATO**

ASOPAGOS s.a.

Certificación de Pago

Se certifica que la empresa , identificada con CC-1018493735 sucursal 0, canceló los aportes de seguridad social y parafiscales de la siguiente manera:

REFERENCIA POR TIPO DE PLANILLA		CÓDIGO ENTIDAD	NIT	NOMBRE ADMINISTRADORA	Nro. AFILIADOS	DÍAS MORA	COTIZACIÓN	INTERES	VALOR TOTAL
Período pensión:	2026-02	230301	800224808	PORVENIR	1	1	358.100	300	358.400
Período salud:	2026-02	EPS010	800088702	EPS SURA	1	1	279.700	200	279.900
Planilla Nro.:	36694570 Tipo I	14-7	860002503	SEGUROS BOLIVAR	1	1	54.600	100	54.700
Clase de aportante:	I	CCF24	860066942	COMPENSAR-CCF	1	1	44.800	100	44.900
Fecha transacción:	2026-03-10	PASENA	899999034	SENA	0	1	0	0	0
Banco:	BANCO DAVIVIENDA S.A.	PAICBF	899999239	ICBF	0	1	0	0	0
Transacción:	129391710	PAESAP	899999054	ESAP	0	1	0	0	0
		PAMIED	899999001	MINEDU	0	1	0	0	0
				GRAN TOTAL					$ 737.900

PAGADO