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:	**DIANA CAROLINA LOMBANA FLOREZ**			**CC:**	**1010175486**
CORREO ELECTRÓNICO:	**CAROCENTRORIENTE@GMAIL.COM**			**TELÉFONO:**	**3202360163**
DIRECCIÓN DOMICILIO:	**CL 45F SUR 3G ESTE 58**			**CIUDAD:**	**BOGOTA**
BANCO AL CUAL CONSIGNAR:	**BANCO DAVIVIENDA S.A.**	**TIPO DE CUENTA:**	**AHORROS**	**N° CUENTA:**	**008400724327**
DATOS DEL CONTRATO O ADICION Y PERIODO OBJETO DE PAGO					
Nº DEL CONTRATO:	**PS 3402 2026**	**VALOR CORRESPONDIENTE AL PERIODO OBJETO DE COBRO**			**$ 2.277.000**
FECHA DE INICIO CONTRATO	**2026/03/03**	**FECHA DE TERMINACIÓN CONTRATO:**			**2026/05/31**
PERIODO OBJETO DE COBRO:	**DEL 2026/03/05 AL 2026/03/31**				

DIANA CAROLINA LOMBANA FLOREZ
PS_3402_2026_08DE0E

NOMBRE Y FIRMA DEL CONTRATISTA:
DIANA CAROLINA LOMBANA FLOREZ
CC: 1010175486
CEL: 3202360163

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			
DIANA CAROLINA LOMBANA FLOREZ			
	CON C.C N°	**1.010.175.486**	
OBJETO DEL CONTRATO:	PRESTAR SERVICIOS COMO HIGIENISTA ORAL 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 3402 2026**	**FECHA INICIO CONTRATO**	**2026/03/03**
VALOR INICIAL DEL CONTRATO	$ 6.980.270	**No. HORAS EJECUTADAS**	**180**
VALOR TOTAL DEL CONTRATO INCLUIDO ADICIONES:	$ 6.980.270	**VALOR DE HONORARIOS PERÍODO A CERTIFICAR:**	$ 2.277.000
PLAZO DEL CONTRATO INCLUYENDO PRORROGAS	TRES (3) MESES		
UNIDAD FUNCIONAL DE EJECUCIÓN DE ACTIVIDADES:	CENTRO DE SALUD DIANA TURBAY		
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.Realizar actividades de higiene oral siguiendo el estándar institucional de 10 actividades por hora
2	2.Brindar soporte en los servicios de odontología y entregar la información o soportes que se requieran según el objeto contractual
3	3.Brindar soporte en los servicios de odontología y entregar la información o soportes que se requieran según el objeto contractual
4	4.Apoyar los procesos de limpieza, desinfección y esterilización bajo los protocolos de la institución
5	5. Apoyar la ejecución de las actividades que realice el odontólogo del servicio.
6	6.Participar en las actividades relacionadas con el proceso de acreditación de la Subred.
7	7. Desarrollar las actividades en cualquiera de las Unidades de la Subred Centro Oriente según lo asigne el supervisor.
8	8.Cumplir el objeto del contrato de manera personal, autónoma y sin subordinación
9	9. Garantizar la calidad técnica y humana del servicio, informando al paciente y su familia para asegurar una atención segura y humanizada.
10	10.Cumplir estrictamente con las normas de bioseguridad y el Sistema de Gestión de la Seguridad y Salud en el Trabajo (SG-SST), utilizando los elementos de protección personal.
11	11.Preparar y presentar informes mensuales, cargando a la plataforma SECOP II la cuenta de cobro y el informe aprobado por el supervisor
12	12. Organizar y controlar los archivos (físicos y digitales) generados en su gestión, conforme a las Tablas de Retención Documental (TRD) y la Ley de Archivo
13	13.Realizar el pago de aportes al Sistema General de Seguridad Social (Salud, Pensión y ARL) de forma independiente y acreditarlo para los pagos.
14	14. Asistir a procesos de inducción, re-inducción, capacitaciones, actividades de prevención, promoción y comités cuando sea requerido.
15	15.Mantener la confidencialidad de la información y obrar bajo el Código de Buen Gobierno y Ética Institucional.
16	16.Participar en actividades de docencia e investigación si el supervisor lo asigna.

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 (2026-03-05) AL (2026-03-31)

IV. INFORMACIÓN DE APORTES A SEGURIDAD SOCIAL

No. DE PLANILLA:	N°	OPERADOR:	

CONCEPTO DEL PAGO	ENTIDAD	FECHA DE PAGO	VALOR PAGADO
SALUD:	COMPENSAR		$ 0
PENSIÓN:	COLFONDOS		$ 0
RIESGOS LABORALES:	SEGUROS BOLIVAR		$ 0
OTRO			
TOTAL PAGADO			$ 0

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	*DIANA CAROLINA LOMBANA FLOREZ* *PS_3402_2026_08DE0E* **DIANA CAROLINA LOMBANA FLOREZ** **CC: 1010175486**
FIRMA DE QUIEN CONVALIDA EL CUMPLIMIENTO DE LAS OBLIGACIONES PARA EL PRESENTE PERIODO DE PAGO	*GLORIA MARITZA PINILLA PINILLA* *PS_3402_2026_08DE0E* **GLORIA MARITZA PINILLA PINILLA** **SUPERVISOR DEL CONTRATO**