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:	**JUAN CARLOS DIAZ CHAVEZ**			**CC:**	**76319733**
CORREO ELECTRÓNICO:	**JUANCARLOSDIAZ731@GMAIL.COM**			**TELÉFONO:**	**3002799503**
DIRECCIÓN DOMICILIO:	**CL 165 54 30**			**CIUDAD:**	**BOGOTA**
BANCO AL CUAL CONSIGNAR:	**BANCO DAVIVIENDA S.A.**	**TIPO DE CUENTA:**	**AHORROS**	**N° CUENTA:**	**008900813596**
DATOS DEL CONTRATO O ADICION Y PERIODO OBJETO DE PAGO					
Nº DEL CONTRATO:	**PS 2127 2026**	**VALOR CORRESPONDIENTE AL PERIODO OBJETO DE COBRO**			**$ 6.226.865**
FECHA DE INICIO CONTRATO	**2026/02/01**	**FECHA DE TERMINACIÓN CONTRATO:**			**2026/05/31**
PERIODO OBJETO DE COBRO:	**DEL 2026/03/01 AL 2026/03/31**				

JUAN CARLOS DIAZ CHAVEZ
PS_2127_2026_D80132

NOMBRE Y FIRMA DEL CONTRATISTA:
JUAN CARLOS DIAZ CHAVEZ
CC: 76319733
CEL: 3002799503

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			
JUAN CARLOS DIAZ CHAVEZ			
	CON C.C N°	**76.319.733**	
OBJETO DEL CONTRATO:	PRESTAR SERVICIOS COMO PROFESIONAL ESPECIALIZADO IV 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 2127 2026**	**FECHA INICIO CONTRATO**	**2026/02/01**
VALOR INICIAL DEL CONTRATO	$ 24.907.460	**No. HORAS EJECUTADAS**	**0**
VALOR TOTAL DEL CONTRATO INCLUIDO ADICIONES:	$ 24.907.460	**VALOR DE HONORARIOS PERÍODO A CERTIFICAR:**	$ 6.226.865
PLAZO DEL CONTRATO INCLUYENDO PRORROGAS	CUATRO (4) MESES		
UNIDAD FUNCIONAL DE EJECUCIÓN DE ACTIVIDADES:	CENTRO DE SALUD OLAYA		
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	PARTICIPAR EN LAS REUNIONES DE ACTUALIZACION Y SEGUIMIENTO DE ACUERDO CON LA CONVOCATORIA POR PARTE DEL MSPS.
2	COORDINAR LAS ACTIVIDADES DE VACUNACION CONTRA EL COVID-19 CON LOS PRESTADORES DE SERVICIOS DE SALUD, ENTIDADES ENCARGADAS DEL ASEGURAMIENTO QUE OPEREN EN EL TERRITORIO Y EL EQUIPO DE VIGILANCIA EN SALUD PUBLICA DE ET.
3	EFECTUAR EL SEGUIMIENTO A LAS ACTIVIDADES QUE REALICEN LOS RESPONSABLES DEL ASEGURAMIENTO ASI COMO LOS PRESTADORES DE SERVICIOS DE SALUD PARA LA VACUNACION CONTRA EL COVID-19 EN EL TERRITORIO.
4	CONSOLIDAR EL INFORME DE AVANCE DE LAS PERSONAS VACUNADAS CONTRA EL COVID-19 Y ENVIARLO AL NIVEL SUPERIOR.
5	REALIZAR EL CRONOGRAMA DE TRABAJO DIARIO Y SEMANAL EN CUALQUIERA DE LAS TACTICAS DE VACUNACION.
6	EVALUAR LAS ESTRATEGIAS UTILIZADAS PARA GARANTIZAR EL 100% DE LA VACUNACION.
7	PARTICIPAR DE LA PLANEACION, DESARROLLO, SEGUIMIENTO, MONITOREO Y EVALUACION DEL PLAN DE ACCION DE LA ET.
8	APOYAR LA COORDINACION DE LAS TACTICAS DE VACUNACION CON LAS COMUNIDADES ETNICAS PRESENTES EN EL TERRITORIO PARA EL DESARROLLO DE LA VACUNACION CONTRA EL COVID-19, TENIENDO EN CUENTA CARACTERISTICAS PROPIAS DE LA POBLACION Y TERRITORIO
9	APOYAR LA GESTION DE LA INFORMACION QUE PERMITA FORTALECER EL AGENDAMIENTO INSTITUCIONAL, EN ESPECIAL LO GENERADO POR LA VACUNACION DE COVID 19 Y LAS DEMAS QUE SE REQUIERAN POR PARTE DE LA DIRECCION.
10	APOYAR LA GESTION DE BUSQUEDA ACTIVA INSTITUCIONAL Y AGENDAMIENTO EN TODO LO RELACIONADO CON COVID 19.
11	APOYAR LA GESTION Y CONSOLIDACION DE LA INFORMACION SOBRE POBLACION ATENDIDA O ASIGNADA A LA SUBRED COMO INSUMO DE ELABORACION DE REPORTES NORMATIVOS Y DE GESTION INSTITUCIONAL.
12	APOYAR EL PROCESAMIENTO, CONSOLIDACION Y REPORTES INSTITUCIONALES.
13	REALIZAR CRUCES ENTRE LAS DIFERENTES FUENTES DE INFORMACION EN SALUD, PARA GESTIONAR EL AGENDAMIENTO DE LA POBLACION A VACUNAR
14	REALIZAR LOS APOYOS NECESARIOS Y ACORDES A SU OBJETO CONTRACTUAL EN EL DESARROLLO DE LAS ACTIVIDADES DE LA DIRECCION DE SERVICIOS AMBULATORIOS DE LA SUBRED CENTRO ORIENTE E.S.E.
15	ATENDER LAS SOLICITUDES ASIGNADAS POR LA DIRECCION DE SERVICIOS AMBULATORIOS, CONFORME A LAS NECESIDADES DE LA SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E.

16	ACREDITAR EL CUMPLIMIENTO DEL PAGO DE LOS APORTES AL SISTEMA DE SEGURIDAD SOCIAL Y PARAFISCAL DURANTE LA VIGENCIA DEL CONTRATO, DE CADA UNO DE LOS CONTRATISTAS BAJO SU COORDINACION. REQUISITO INDISPENSABLE PARA GENERAR CADA PAGO A SU FAVOR, ANEXANDO LOS SOPORTES REQUERIDOS.
17	APOYAR A LA DIRECCION Y A LOS SUPERVISORES PARA EL CUMPLIMIENTO Y EJECUCION DE ACTIVIDADES Y RECURSOS DE LAS ORDENES DE PRESTACION DE SERVICIOS ASIGNADAS.
18	GESTIONAR LA RADICACION DE LAS CUENTAS DE COBRO DEL PAGO MENSUAL DE PERSONAL ASISTENCIAL (OPS) A SU CARGO.
19	INFORMAR AL SUPERVISOR DEL CONTRATO CUALQUIER NOVEDAD QUE SE PRESENTE EN EL CUMPLIMIENTO DE LAS ACTIVIDADES.
20	LAS DEMAS ACTIVIDADES ASIGNADAS POR EL SUPERVISOR; DE ACUERDO CON EL NIVEL, NATURALEZA Y AREA DE DESEMPEÑO DEL 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 (2026-03-01) AL (2026-03-31)

IV. INFORMACIÓN DE APORTES A SEGURIDAD SOCIAL

No. DE PLANILLA:	N° 9500127095	OPERADOR:	APORTES EN LINEA

CONCEPTO DEL PAGO	ENTIDAD	FECHA DE PAGO	VALOR PAGADO
SALUD:	SANITAS	2026/03/13	$ 312.300
PENSIÓN:	COLPENSIONES	2026/03/13	$ 399.700
RIESGOS LABORALES:	SEGUROS BOLIVAR	2026/03/13	$ 60.900
OTRO			
TOTAL PAGADO			$ 772.900

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	*JUAN CARLOS DIAZ CHAVEZ* *PS_2127_2026_D80132* **JUAN CARLOS DIAZ CHAVEZ** **CC: 76319733**

FIRMA DE QUIEN CONVALIDA EL CUMPLIMIENTO DE LAS OBLIGACIONES PARA EL PRESENTE PERIODO DE PAGO	*GLORIA MARITZA PINILLA PINILLA* *PS_2127_2026_D80132* **GLORIA MARITZA PINILLA PINILLA** **SUPERVISOR DEL CONTRATO**