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: (30-04-2026)					
NOMBRES Y APELLIDOS:	**BERTA LUCIA SANCHEZ MEDINA**			**CC:**	**65748525**
CORREO ELECTRÓNICO:	**BERTALUCIASANCHEZ@GMAIL.COM**			**TELÉFONO:**	**3128733302**
DIRECCIÓN DOMICILIO:	**CL 35A 34 03**			**CIUDAD:**	**BOGOTA**
BANCO AL CUAL CONSIGNAR:	**BANCO DE BOGOTA**	**TIPO DE CUENTA:**	**AHORROS**	**N° CUENTA:**	**102614690**
DATOS DEL CONTRATO O ADICION Y PERIODO OBJETO DE PAGO					
Nº DEL CONTRATO:	**PS 1985 2026**	**VALOR CORRESPONDIENTE AL PERIODO OBJETO DE COBRO**			**$ 2.328.120**
FECHA DE INICIO CONTRATO	**2026/02/03**	**FECHA DE TERMINACIÓN CONTRATO:**			**2026/05/31**
PERIODO OBJETO DE COBRO:	**DEL 2026/04/01 AL 2026/04/30**				

BERTA LUCIA SANCHEZ MEDINA
PS_1985_2026_A30DA6

NOMBRE Y FIRMA DEL CONTRATISTA:
BERTA LUCIA SANCHEZ MEDINA
CC: 65748525
CEL: 3128733302

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			
BERTA LUCIA SANCHEZ MEDINA			
	CON C.C N°	**65.748.525**	
OBJETO DEL CONTRATO:	PRESTAR SERVICIOS COMO BACHILLER APOYO A LA GESTION I PARA DESARROLLAR ACTIVIDADES EN LA OFICINA DE PARTICIPACION COMUNITARIA Y SERVICIO AL CIUDADANO DE LA SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E.		
CONTRATO DE PRESTACION DE SERVICIOS PROFESIONALES No.	**PS 1985 2026**	**FECHA INICIO CONTRATO**	**2026/02/03**
VALOR INICIAL DEL CONTRATO	$ 9.312.480	**No. HORAS EJECUTADAS**	**0**
VALOR TOTAL DEL CONTRATO INCLUIDO ADICIONES:	$ 9.312.480	**VALOR DE HONORARIOS PERÍODO A CERTIFICAR:**	$ 2.328.120
PLAZO DEL CONTRATO INCLUYENDO PRORROGAS	CUATRO (4) MESES		
UNIDAD FUNCIONAL DE EJECUCIÓN DE ACTIVIDADES:	HOSPITAL SANTA CLARA		
NOMBRE DEL SUPERVISOR:	ZULMA JANNETH LÓPEZ CUBIDES		

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	Durante el mes de abril de 2026, se gestionó el acceso de los usuarios a los servicios de salud en el Hospital Santa Clara, del 1 al 17 de abril, y en el Hospital Materno Infantil, del 17 al 30 de abril, garantizando el cumplimiento de los manuales y protocolos institucionales vigentes.
2	Durante el mes de abril de 2026, se orientó a los usuarios que lo requirieron en los procedimientos de aseguramiento, radicación de PQRs y vinculación al Sistema General de Seguridad Social en Salud (SGSSS), brindando acompañamiento oportuno y adecuado conforme a la normatividad vigente.
3	En el proceso de asignación de citas, se realizó la verificación de los usuarios en la base de datos correspondiente, garantizando la validación de derechos y la adecuada prestación del servicio de salud.
4	Durante el mes de abril de 2026, se realizó la gestión y actualización de bases de datos correspondientes a las EPS Sanitas, Coosalud y Famisanar, así como el registro y seguimiento de citas asignadas a través de los diferentes drives de las IAPB. Asimismo, se brindó apoyo en la gestión de quejas, apertura de historias clínicas y validación de comprobadores según cada caso asignado. Dentro de las actividades desarrolladas también se incluyó la asignación de citas, contacto telefónico con los usuarios para informar la programación de las mismas, apoyo en reemplazo de compañeros y acompañamiento en la capacitación de usuarios.
5	De manera diaria, se realizaron sesiones educativas en la sala de espera maternoinfantil, conforme al cronograma y los formatos establecidos por la unidad. Asimismo, se efectuó el reporte de las encuestas mensuales y el envío de las respectivas evidencias a la referente encargada de la unidad.
6	Se realizó el registro permanente de las atenciones individuales y de las barreras de acceso identificadas durante la gestión diaria, con el fin de evaluar las dificultades de accesibilidad de los usuarios a los servicios de salud. A la fecha, se cuenta con un cargue total de 600 citas registradas en la base de datos, así como 300 registros adicionales correspondientes a seguimiento y consolidación de información.
7	Participé en el curso denominado Servicio a la Ciudadanía, establecido por la Oficina de Participación Comunitaria y Servicio al Ciudadano, realizado el viernes 30 de abril de 2026 en el Ateneo Santa Clara, como parte del fortalecimiento de competencias en atención y orientación al usuario.
8	Realicé los talleres pedagógicos programados los días lunes en el Hospital Materno, conforme a la metodología definida en los manuales y protocolos institucionales vigentes.
9	Realicé la entrega oportuna de la productividad mensual, adjuntando los soportes físicos correspondientes a las gestiones desarrolladas durante el mes de abril de 2026, conforme a los lineamientos establecidos por la Oficina de Participación Comunitaria y Servicio al Ciudadano.
10	De acuerdo con las solicitudes realizadas por la referente de Servicios al Ciudadano, brindé apoyo en la verificación y seguimiento de las respuestas a las PQRs, así como en la asignación de citas médicas derivadas de requerimientos de entes de control. Durante el mes de abril de 2026 no se recibieron quejas relacionadas con el servicio de orientación al usuario

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 (2026-04-01) AL (2026-04-30)

IV. INFORMACIÓN DE APORTES A SEGURIDAD SOCIAL

No. DE PLANILLA:	N° 8374943141	OPERADOR:	MI PLANILLA

CONCEPTO DEL PAGO	ENTIDAD	FECHA DE PAGO	VALOR PAGADO
SALUD:	COMPENSAR	2026/04/13	$ 218.900
PENSIÓN:	COLPENSIONES	2026/04/13	$ 280.200
RIESGOS LABORALES:	SEGUROS BOLIVAR	2026/04/13	$ 42.900
OTRO			
TOTAL PAGADO			$ 542.000

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	*BERTA LUCIA SANCHEZ MEDINA* *PS_1985_2026_A30DA6* **BERTA LUCIA SANCHEZ MEDINA** **CC: 65748525**
FIRMA DE QUIEN VALIDA	*MARÍA CAROLINA PINILLA JIMÉNEZ* *PS_1985_2026_A30DA6* **MARÍA CAROLINA PINILLA JIMÉNEZ** **SUPERVISOR ALTERNO**
FIRMA DE QUIEN CONVALIDA EL CUMPLIMIENTO DE LAS OBLIGACIONES PARA EL PRESENTE PERIODO DE PAGO	*ZULMA JANNETH LÓPEZ CUBIDES* *PS_1985_2026_A30DA6* **ZULMA JANNETH LÓPEZ CUBIDES** **SUPERVISOR DEL CONTRATO**