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:	**CAMILA ANDREA PARRA DUARTE**			**CC:**	**1015410247**
CORREO ELECTRÓNICO:	**kmila.parra.d@gmail.com**			**TELÉFONO:**	**3007980048**
DIRECCIÓN DOMICILIO:	**TV 72B 82H 28**			**CIUDAD:**	**BOGOTA**
BANCO AL CUAL CONSIGNAR:	**BANCOLOMBIA**	**TIPO DE CUENTA:**	**AHORROS**	**N° CUENTA:**	**3397748811**
DATOS DEL CONTRATO O ADICION Y PERIODO OBJETO DE PAGO					
Nº DEL CONTRATO:	**PS 3662 2026**	**VALOR CORRESPONDIENTE AL PERIODO OBJETO DE COBRO**			**$ 6.848.000**
FECHA DE INICIO CONTRATO	**2026/04/01**	**FECHA DE TERMINACIÓN CONTRATO:**			**2026/04/30**
PERIODO OBJETO DE COBRO:	**DEL 2026/04/01 AL 2026/04/30**				

CAMILA ANDREA PARRA DUARTE
PS_3662_2026_13B7C7

NOMBRE Y FIRMA DEL CONTRATISTA:
CAMILA ANDREA PARRA DUARTE
CC: 1015410247
CEL: 3007980048

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			
CAMILA ANDREA PARRA DUARTE			
	CON C.C N°	**1.015.410.247**	
OBJETO DEL CONTRATO:	PRESTAR SERVICIOS COMO PROFESIONAL ESPECIALIZADO V PARA DESARROLLAR ACTIVIDADES EN LA DIRECCION DE SERVICIOS AMBULATORIOS DE LA SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E EBS DE MINISTERIO DE SALUD Y PROTECCION SOCIAL SEG?N RESOLUCION 711 24 04 2025.		
CONTRATO DE PRESTACION DE SERVICIOS PROFESIONALES No.	**PS 3662 2026**	**FECHA INICIO CONTRATO**	**2026/04/01**
VALOR INICIAL DEL CONTRATO	$ 6.848.000	**No. HORAS EJECUTADAS**	**0**
VALOR TOTAL DEL CONTRATO INCLUIDO ADICIONES:	$ 6.848.000	**VALOR DE HONORARIOS PERÍODO A CERTIFICAR:**	$ 6.848.000
PLAZO DEL CONTRATO INCLUYENDO PRORROGAS	UN (01) MES		
UNIDAD FUNCIONAL DE EJECUCIÓN DE ACTIVIDADES:	HOSPITAL SANTA CLARA		
NOMBRE DEL SUPERVISOR:	LUZ MARINA HERNANDEZ HERNANDEZ		

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 la apropiación conceptual, técnica y operativa de la Resolución 00000711 del 24 de abril de 2025, el Lineamiento técnico-operativo de Equipos Básicos de Salud: conformación, operación y seguimiento, así como de las normas que las modifiquen o complementen, en el marco del Modelo Preventivo y Predictivo y el fortalecimiento de la Atención Primaria en Salud (APS).
2	Prestar servicios profesionales con calidad, oportunidad y pertinencia para el desarrollo de las actividades requeridas para la implementación, operación, seguimiento y fortalecimiento de los Equipos Básicos de Salud (EBS), conforme a lo establecido en la Resolución 00000711 de 2025 del Ministerio de Salud y Protección Social, el Lineamiento técnico-operativo de Equipos Básicos de Salud y demás normas que lo modifiquen, adicionen o sustituyan.
3	Presentar mensualmente el cronograma de actividades a desarrollar, acorde con la planeación operativa de los Equipos Básicos de Salud, y al finalizar cada mes entregar informe detallado de las actividades ejecutadas, con los soportes correspondientes y en los formatos establecidos por la entidad.
4	Participar y gestionar espacios de articulación comunitaria, intersectorial e institucional que se requieran para el desarrollo de las acciones territoriales de los Equipos Básicos de Salud.
5	Participar en asistencias técnicas, reuniones y espacios de seguimiento convocados por el Ministerio de Salud y Protección Social, la Secretaría Distrital de Salud o la Subred Integrada de Servicios de Salud, relacionados con la implementación, seguimiento y evaluación de los Equipos Básicos de Salud.
6	Organizar y liderar las reuniones de seguimiento con el equipo administrativo y operativo, con el fin de brindar acompañamiento a los Equipos Básicos de Salud, identificar oportunidades de mejora y definir planes de acción para el fortalecimiento de la operación en territorio.
7	Coordinar la organización, revisión, pre-crítica, ajustes y consolidación de los productos mensuales generados por las líneas operativas de los Equipos Básicos de Salud, garantizando su entrega oportuna y con criterios de calidad.
8	. Realizar la consolidación y entrega oportuna de informes, reportes técnicos, bases de datos y productos requeridos por el Ministerio de Salud y Protección Social, la Secretaría Distrital de Salud y la Subred, conforme a los lineamientos técnicos y tiempos establecidos para el seguimiento de los Equipos Básicos de Salud.
9	Entregar informes, productos y soportes contractuales dentro de los plazos establecidos, garantizando la calidad, consistencia y trazabilidad de la información reportada.
10	Apoyar la prestación de servicios en el marco de los Equipos Básicos de Salud (EBS) mediante el desarrollo de acciones intramurales y extramurales, garantizando la recolección, consolidación y entrega de la información y soportes requeridos conforme a los lineamientos técnicos, anexos y disposiciones establecidas por el Ministerio de Salud y Protección Social y la Secretaría Distrital de Salud.

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° 6007400421	OPERADOR:	SOI

CONCEPTO DEL PAGO	ENTIDAD	FECHA DE PAGO	VALOR PAGADO
SALUD:	SANITAS	2026/03/16	$ 218.900
PENSIÓN:	COLFONDOS	2026/03/16	$ 280.200
RIESGOS LABORALES:	SURA	2026/03/16	$ 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	*CAMILA ANDREA PARRA DUARTE* *PS_3662_2026_13B7C7* **CAMILA ANDREA PARRA DUARTE** **CC: 1015410247**
FIRMA DE QUIEN CONVALIDA EL CUMPLIMIENTO DE LAS OBLIGACIONES PARA EL PRESENTE PERIODO DE PAGO	*LUZ MARINA HERNANDEZ HERNANDEZ* *PS_3662_2026_13B7C7* **LUZ MARINA HERNANDEZ HERNANDEZ** **SUPERVISOR DEL CONTRATO**