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: (31-05-2026)					
NOMBRES Y APELLIDOS:	**ADRIANA MARCELA VERANO VARGAS**			**CC:**	**1026555096**
CORREO ELECTRÓNICO:	**ADRIANITA.VERANO@GMAIL.COM**			**TELÉFONO:**	**3202335921**
DIRECCIÓN DOMICILIO:	**CL 5B 29 27 SUR**			**CIUDAD:**	**BOGOTA**
BANCO AL CUAL CONSIGNAR:	**BANCO DAVIVIENDA S.A.**	**TIPO DE CUENTA:**	**AHORROS**	**N° CUENTA:**	**457800073282**
DATOS DEL CONTRATO O ADICION Y PERIODO OBJETO DE PAGO					
Nº DEL CONTRATO:	**PS 3011 2026**	**VALOR CORRESPONDIENTE AL PERIODO OBJETO DE COBRO**			**$ 5.593.940**
FECHA DE INICIO CONTRATO	**2026/02/03**	**FECHA DE TERMINACIÓN CONTRATO:**			**2026/06/30**
PERIODO OBJETO DE COBRO:	**DEL 2026/05/01 AL 2026/05/31**				

ADRIANA MARCELA VERANO VARGAS
PS_3011_2026_453BE8

NOMBRE Y FIRMA DEL CONTRATISTA:
ADRIANA MARCELA VERANO VARGAS
CC: 1026555096
CEL: 3202335921

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 MARCELA VERANO VARGAS			
	CON C.C N°	**1.026.555.096**	
OBJETO DEL CONTRATO:	PRESTAR SERVICIOS COMO PROFESIONAL ESPECIALIZADO III PARA DESARROLLAR ACTIVIDADES EN LA DIRECCION ADMINISTRATIVA DE LA SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E.		
CONTRATO DE PRESTACION DE SERVICIOS PROFESIONALES No.	**PS 3011 2026**	**FECHA INICIO CONTRATO**	**2026/02/03**
VALOR INICIAL DEL CONTRATO	$ 22.375.760	**No. HORAS EJECUTADAS**	**0**
VALOR TOTAL DEL CONTRATO INCLUIDO ADICIONES:	$ 27.969.700	**VALOR DE HONORARIOS PERÍODO A CERTIFICAR:**	$ 5.593.940
PLAZO DEL CONTRATO INCLUYENDO PRORROGAS	CINCO (5) MESES		
UNIDAD FUNCIONAL DE EJECUCIÓN DE ACTIVIDADES:	HOSPITAL SANTA CLARA		
NOMBRE DEL SUPERVISOR:	MARIA LORENA ROJAS VAN STRAHLEN		

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	APOYAR EN LA COORDINACION EN LO REFERENTE A LA GESTION DE LA TECNOLOGIA BIOMEDICA (TECNOVIGILANCIA Y GESTION DE LA TECNOLOGIA DE LA SUBRED).
2	ESPONDER EN FORMA DIRECTA POR EL CUMPLIMIENTO DE LOS PROCESOS DE GESTION DE LA TECNOLOGIA Y TECNOVIGILANCIA QUE LIDERA EL AREA, CON CRITERIOS DE OPORTUNIDAD, CONTINUIDAD, INTEGRIDAD, EFICIENCIA, EFICACIA, PERTINENCIA, SEGURIDAD, IDONEIDAD Y COMPETENCIA TECNICA.
3	SE REALIZA CONSOLIDACIÓN DE LA INFORMACIÓN PARA LA FORMULACIÓN DEL PROYECTO DE RENOVACIÓN DE TECNOLOGÍA PARA VACUNACION
4	ACTUALIZACIÓN DE FORMATOS CON SUS INSTRUCTIVOS
5	SE REALIZA CONSOLIDACIÓN DEL INDICADOR DE MANTENIMIENTO PREVENTIVO PARA PRESENTACIÓN DEL POA
6	SE REALIZA ACOMPAÑAMIENTO COMO SUPLENTE DEL JEFE DE PRODUCCIÓN DE LA PLANTA DE AIRE MEDICINAL DEL HOSPITAL SANTA CLARA
7	SE REALIZA MESA DE GESTION DE LA TECNOLOGIA BIOMEDICA, INFORME DE AUTOEVALUACION Y PLAN DE MEJORA
8	SE ATIENDEN VISITAS DE EPS COMO CAPITAL SALUD
9	SE REALIZA E IMPLEMENTA LAS ACCIONES PROPUESTAS EN LOS PLANES DE MEJORA DE ACREDITACION
10	GENERAR LOS INFORMES QUE SE REQUIERAN RELACIONADOS CON LA EL TEMA DE LA TECNOVIGILANCIA, LOS CUALES DEBERAN SER AVALADOS POR EL SUPERVISOR DEL CONTRATO.
11	SE REALIZAN EL SEGUIMIENTO, GESTION Y CIERRE DE PLANES DE MEJORA DEL MES
12	SE REALIZA APOYO TECNICO A LOS CONTRATOS Y ORDENES DE SERVICIO VIGENTES EN EL MES DE MAYO.
13	SE REALIZAN EL ACOMPAÑAMIENTO EN LAS EVALUACIONES TECNICAS Y DE EXPERIENCIA QUE ENVIA EL AREA DE CONTRATACION
14	LAS DEMAS ACTIVIDADES QUE SEAN ASIGNADAS POR EL SUPERVISOR DEL CONTRATO Y QUE SE ENCUENTREN RELACIONADAS CON EL OBJETO CONTRACTUAL. CONTENIDAS EN EL FORMATO DE NECESIDAD DE PERSONAL QUE HACE PARTE INTEGRAL DEL PRESENTE 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 (2026-05-01) AL (2026-05-31)

IV. INFORMACIÓN DE APORTES A SEGURIDAD SOCIAL			
No. DE PLANILLA:	N° 82656106	OPERADOR:	MI PLANILLA

CONCEPTO DEL PAGO	ENTIDAD	FECHA DE PAGO	VALOR PAGADO
SALUD:	ALIANSALUD	2026/05/28	$ 279.700
PENSIÓN:	COLPENSIONES	2026/05/28	$ 358.100
RIESGOS LABORALES:	SURA	2026/05/28	$ 54.600
OTRO			
TOTAL PAGADO			$ 692.400

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 MARCELA VERANO VARGAS* *PS_3011_2026_453BE8* **ADRIANA MARCELA VERANO VARGAS** **CC: 1026555096**
FIRMA DE QUIEN CONVALIDA EL CUMPLIMIENTO DE LAS OBLIGACIONES PARA EL PRESENTE PERIODO DE PAGO	*MARIA LORENA ROJAS VAN STRAHLEN* *PS_3011_2026_453BE8* **MARIA LORENA ROJAS VAN STRAHLEN** **SUPERVISOR DEL CONTRATO**