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:	**ADONAY ORANA NEIRA JOIRO**			**CC:**	**49775432**
CORREO ELECTRÓNICO:	**ANEIRA.JURIDICA.HCO@GMAIL.COM**			**TELÉFONO:**	**3214039199**
DIRECCIÓN DOMICILIO:	**CL 64C 104 20**			**CIUDAD:**	**BOGOTA**
BANCO AL CUAL CONSIGNAR:	**BBVA COLOMBIA**	**TIPO DE CUENTA:**	**AHORROS**	**N° CUENTA:**	**074070921**
DATOS DEL CONTRATO O ADICION Y PERIODO OBJETO DE PAGO					
Nº DEL CONTRATO:	**PS 1014 2026**	**VALOR CORRESPONDIENTE AL PERIODO OBJETO DE COBRO**			**$ 3.191.160**
FECHA DE INICIO CONTRATO	**2026/02/01**	**FECHA DE TERMINACIÓN CONTRATO:**			**2026/06/30**
PERIODO OBJETO DE COBRO:	**DEL 2026/05/01 AL 2026/05/31**				

ADONAY ORANA NEIRA JOIRO
PS_1014_2026_A5AD46

NOMBRE Y FIRMA DEL CONTRATISTA:
ADONAY ORANA NEIRA JOIRO
CC: 49775432
CEL: 3214039199

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			
ADONAY ORANA NEIRA JOIRO			
	CON C.C N°	**49.775.432**	
OBJETO DEL CONTRATO:	PRESTAR SERVICIOS COMO TECNOLOGO DE APOYO A LA GESTION III PARA DESARROLLAR ACTIVIDADES EN LA DIRECCION DE CONTRATACION DE LA SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E.		
CONTRATO DE PRESTACION DE SERVICIOS PROFESIONALES No.	**PS 1014 2026**	**FECHA INICIO CONTRATO**	**2026/02/01**
VALOR INICIAL DEL CONTRATO	$ 12.764.640	**No. HORAS EJECUTADAS**	**0**
VALOR TOTAL DEL CONTRATO INCLUIDO ADICIONES:	$ 15.955.800	**VALOR DE HONORARIOS PERÍODO A CERTIFICAR:**	$ 3.191.160
PLAZO DEL CONTRATO INCLUYENDO PRORROGAS	CINCO (5) MESES		
UNIDAD FUNCIONAL DE EJECUCIÓN DE ACTIVIDADES:	SEDE ADMINISTRATIVA DIAGONAL 34		
NOMBRE DEL SUPERVISOR:	CARMENZA JAIMINA MANOTAS BUENO		

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	Validación y seguimiento de firma electronica y perfeccionamiento - estados de contratos nuevos, adiciones y prorrogas, en la plataforma Secop II - Colombia compra eficiente: para control y manejo de matriz de contratación.
2	"Se cargan en la plataforma SECOP II, modificaciones contractuales como son: adiciones y prorrogas, adiciones, prorrogas, para los siguientes rubros: Contratación de servicios asistenciales Remuneración de servicios técnicos Honorarios Se garantiza que estas modificaciones hayan sido cargadas correctamente y asegurando que todos los ajustes quedaran correctamente reflejados en la informacion del proveedor para su debida firma."
3	Creación contratos nuevos OPS de los rubros Contratación servicios asistenciales PIC (Programa de Intervenciones Colectivas), Honorarios, Contratación servicios asistenciales (convenios y subred) y Remuneración de servicios técnicos, se realiza la verificación de los requisitos (necesidades, cdp, sarlaf, y carpeta donde se encuentran los documentos del contratista - verificando los documentos como cédula, hoja de vida del sideap que esté validada, diploma y acta de grado por el cual es contratada la persona y el formato de la ARL) , para la elaboración de contratos nuevos, digitación de la base de datos, se hace la creación de los expedientes contractuales, creación de minutas contactuales y la comunicación del supervisor, documentos magnéticos necesarios para el proceso, cargue de los contratos en secop II, garantizando el cierre oportuno de las etapas contractuales mediante la verificación de la firma electrónica y el cumplimiento de los requisitos de perfeccionamiento.
4	Se realiza el cargue en la plataforma de SIHO (Sistema de Información Hospitalaria), de registros de contratos nuevos.
5	Se da apoyo en la expedición y entrega de certificaciones para contratistas de prestación de servicios (OPS), el proceso incluye el registro y la gestión de la base de datos de aquellos contratistas que solicitan sus certificaciones, y la expedición y entrega de manera inmediata de las certificacion que se generan desde el aplicativo.
6	"Se apoya en la atención telefónica de contratistas con respecto a (Solicitud de certificaciones OPS, validación de certificaciones OPS) y se orienta a los usuarios internos y externos de la subred dando información acerca de Secop II). Se recibe la corresponedencia del área que viene de otros procesos, se registra en el libro de correspondencia interna y luego se distribuye."
7	Las actividades realizadas se pueden validar por medio de la plataforma SECOP II, bases de datos "Matriz de contratación.

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° 77761006	OPERADOR:	MI PLANILLA

CONCEPTO DEL PAGO	ENTIDAD	FECHA DE PAGO	VALOR PAGADO
SALUD:	FAMISANAR	2026/05/11	$ 218.900
PENSIÓN:	COLPENSIONES	2026/05/11	$ 280.200
RIESGOS LABORALES:	SURA	2026/05/11	$ 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	*ADONAY ORANA NEIRA JOIRO* *PS_1014_2026_A5AD46* **ADONAY ORANA NEIRA JOIRO** **CC: 49775432**
FIRMA DE QUIEN CONVALIDA EL CUMPLIMIENTO DE LAS OBLIGACIONES PARA EL PRESENTE PERIODO DE PAGO	*CARMENZA JAIMINA MANOTAS BUENO* *PS_1014_2026_A5AD46* **CARMENZA JAIMINA MANOTAS BUENO** **SUPERVISOR DEL CONTRATO**