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: (30-06-2026)					
NOMBRES Y APELLIDOS:	**ALEIDA MARIBEL GOMEZ ESPINOSA**			**CC:**	**52901083**
CORREO ELECTRÓNICO:	**AMGOMEZES@GMAIL.COM**			**TELÉFONO:**	**3118587720**
DIRECCIÓN DOMICILIO:	**DG 3 A 1 B 70 ESTE**			**CIUDAD:**	**BOGOTA**
BANCO AL CUAL CONSIGNAR:	**BBVA COLOMBIA**	**TIPO DE CUENTA:**	**AHORROS**	**N° CUENTA:**	**037108339**
DATOS DEL CONTRATO O ADICION Y PERIODO OBJETO DE PAGO					
Nº DEL CONTRATO:	**PS 1970 2026**	**VALOR CORRESPONDIENTE AL PERIODO OBJETO DE COBRO**			**$ 3.952.360**
FECHA DE INICIO CONTRATO	**2026/02/03**	**FECHA DE TERMINACIÓN CONTRATO:**			**2026/07/31**
PERIODO OBJETO DE COBRO:	**DEL 2026/06/01 AL 2026/06/30**				

ALEIDA MARIBEL GOMEZ ESPINOSA
PS_1970_2026_FA5791

NOMBRE Y FIRMA DEL CONTRATISTA:
ALEIDA MARIBEL GOMEZ ESPINOSA
CC: 52901083
CEL: 3118587720

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			
ALEIDA MARIBEL GOMEZ ESPINOSA			
	CON C.C N°	**52.901.083**	
OBJETO DEL CONTRATO:	PRESTAR SERVICIOS COMO PROFESIONAL UNIVERSITARIO IV 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 1970 2026**	**FECHA INICIO CONTRATO**	**2026/02/03**
VALOR INICIAL DEL CONTRATO	$ 15.809.440	**No. HORAS EJECUTADAS**	**0**
VALOR TOTAL DEL CONTRATO INCLUIDO ADICIONES:	$ 23.714.160	**VALOR DE HONORARIOS PERÍODO A CERTIFICAR:**	$ 3.952.360
PLAZO DEL CONTRATO INCLUYENDO PRORROGAS	SEIS (6) 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	SE PARTICIPA EN LA ASISTENCIA TÉCNICA POLÍTICA SERVICIO A LA CIUDADANÍA SUBRED CENTRO ORIENTE REALIZADA EL DÍA 16 DE JUNIO 2026
2	SE HACE SEGUIMIENTO A LOS COLABORADORES CONTRATADOS POR PRESTACIÓN DE SERVICIO QUE INGRESAN A LA OFICINA DE PARTICIPACIÓN COMUNITARIA Y SERVICIO AL CIUDADANO DE LA PARA EL MES DE JUNIO SE GESTIONÓ EL INGRESO DE: ANGIE CAMILA TORRES MARTINEZ, PAULA CAMILA GUARIN MORENO Y LEIDY DAYANA RINCON RODRIGUEZ
3	SE APOYA LA CONSOLIDACIÓN DE INFORME DE CONTAC CENTER SEGUIMIENTO ESTUDIOS PREVIOS BUZÓN DE SUGERENCIAS
4	SE REALIZÓ SEGUIMIENTO AL CUMPLIMIENTO DE LA PRODUCTIVIDAD DE LOS SUBPROCESOS, EN RELACIÓN CON LAS METAS MENSUALES ESTABLECIDAS, VALIDANDO LA INFORMACIÓN Y EFECTUANDO EL CONTROL CORRESPONDIENTE CON BASE EN LOS INSUMOS SUMINISTRADOS CADA UNO DE LOS COLABORADORES
5	SE ATIENDEN NECESIDADES DE LOS REFERENTES Y PROFESIONALES DE LA OFICINA DE PARTICIPACIÓN COMUNITARIA Y SERVICIO AL CIUDADANO EN LA REUNIÓN DE REFERENTES MENSUAL, DILIGENCIAMIENTO DE ACTAS.
6	SE CONSOLIDA LA INFORMACIÓN DE LOS INDICADORES DE GESTIÓN DE LA OFICINA DE PARTICIPACIÓN COMUNITARIA Y SERVICIO AL CIUDADANO ASÍ: PROPORCIÓN DE USUARIOS QUE RECOMENDARÍA SU IPS A FAMILIARES Y AMIGOS (INDICADOR 256), PORCENTAJE DE SATISFACCIÓN GLOBAL DE LOS USUARIO CORRESPONDIENTE A MES DE JUNIO 2026.
7	SE PARTICIPÓ EN LA SESIÓN DE CUIDADORES DE CONFIANZA PROGRAMADA POR LA SECRETARIA GENERAL DE LA ALCALDÍA MAYOR LOS DÍAS MIERCOLES DEL MES DE JUNIO COMO: ACCESIBILIDAD FÍSICA Y RECOMENDACIONES PARA SEDES, ESPACIOS Y ATENCIÓN EN TERRITORIO, GESTIÓN DE PETICIONES EN LENGUAJE CLARO Y PLAN DE ORDENAMIENTO TERRITORIAL (POT)
8	SE DESARROLLARON LAS ACCIONES ADMINISTRATIVAS NECESARIAS PARA EL CUMPLIMIENTO DEL OBJETIVO CONTRACTUAL, GARANTIZANDO LA EJECUCIÓN OPORTUNA Y ADECUADA DE LAS NECESIDADES DE CONTRATACIÓN, APOYO Y SEGUIMIENTO PLANES DE MEJORA.
9	SE ASISTE A LA CAPACITACIÓN SEGUIMIENTO 1,2 Y 3 LINEA DE DEFENSA MAPA DE RIESGOS APLICATIVO ALMERA LÍDERADA POR LA OFICINA DE DESARROLLO INSITITUCIONAL; EN LA SESIÓN DE LA MESA DE MODELO DE RELACIONAMIENTO CON LA CIUDADANÍA, EN LA MESA DEL EQUIPO OPERATIVO GOBIERNO DIGITAL.
10	SE REALIZA EL SEGUIMIENTO A LOS PLANES DE MEJORA DE LA OFICINA DE PARTICIPACIÓN COMUNITARIA Y SERVICIO AL CIUDADANO EN EL APLICATIVO ALMERA, CAPITAL SALUD Y CONTRALORÍA.
11	SE PARTICIPÓ EN LA SESIÓN VIRTUAL DE TALENTO HUMANO DIVERSO E INCLUSIVO
12	SE PARTICIPA EN LA REUNIÓN DE FORTALECIMIENTO DEL MES DE JUNIO EN EL AUDITORIO ATENEO EL 24 DE JUNIO 2026 HOSPITAL SANTA CLARA A LAS 2 P.M.
13	SE BRINDÓ APOYO A LOS SUBPROCESOS, TENIENDO EN CUENTA LAS NECESIDADES PROPIAS DE LA OFICINA DE PARTICIPACIÓN COMUNITARIA Y SERVICIO AL CIUDADANO, CONTRIBUYENDO AL CUMPLIMIENTO DE SUS OBJETIVOS Y AL FORTALECIMIENTO DE LA GESTIÓN INSTITUCIONAL.
14	SE GARANTIZA LA RESERVA Y CONFIDENCIALIDAD DE DATOS E INFORMACIÓN DE LOS DIFERENTES APLICATIVOS INSTITUCIONALES

15	SE CUMPLE CON LAS OBLIGACIONES DE ACUERDO CON LA DEMANDA Y TIEMPOS REQUERIDOS SEGÚN LAS NECESIDADES DEL SERVICIO EN LOS CENTROS DE SALUD Y HOSPITALES QUE CONFORMAN LA SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E
16	SE PORTA VISIBLEMENTE LOS ELEMENTOS INSTITUCIONALES Y ADECUADA PRESENTACIÓN PERSONAL DANDO CUMPLIMIENTO A LOS MANUALES Y PROCEDIMIENTOS DE LA OFICINA Y DE LA SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E.
17	SE CUMPLEN LAS DEMÁS OBLIGACIONES QUE SEAN ASIGNADAS EN LA REALIZACIÓN DEL OBJETO CONTRACTUAL APOYO PREPARACIÓN REUNIÓN DE CIERRE

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 (2026-06-01) AL (2026-06-30)

IV. INFORMACIÓN DE APORTES A SEGURIDAD SOCIAL

No. DE PLANILLA:	N° 9505699635	OPERADOR:	APORTES EN LINEA

CONCEPTO DEL PAGO	ENTIDAD	FECHA DE PAGO	VALOR PAGADO
SALUD:	SURA	2026/07/01	$ 226.500
PENSIÓN:	COLPENSIONES	2026/07/01	$ 289.900
RIESGOS LABORALES:	SEGUROS BOLIVAR	2026/07/01	$ 44.200
OTRO			
TOTAL PAGADO			$ 560.600

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	*ALEIDA MARIBEL GOMEZ ESPINOSA* *PS_1970_2026_FA5791* **ALEIDA MARIBEL GOMEZ ESPINOSA** **CC: 52901083**
FIRMA DE QUIEN CONVALIDA EL CUMPLIMIENTO DE LAS OBLIGACIONES PARA EL PRESENTE PERIODO DE PAGO	*ZULMA JANNETH LÓPEZ CUBIDES* *PS_1970_2026_FA5791* **ZULMA JANNETH LÓPEZ CUBIDES** **SUPERVISOR DEL CONTRATO**

Resumen General de Pago

DATOS GENERALES DEL APORTANTE

Identificación	dv	Razon Social	Clase Aportante	Sucursal Principal	Direccion	Ciudad-Departamento	Teléfono	Exonerado SENA e ICBF
CC 52901083		GOMEZ ESPINOSA ALEIDA MARIBEL	INDEPENDIENTE	PRINCIPAL	DG 3A # 1B - 70 ESTE	BOGOTA-BOGOTA D.E.	2899599	No

DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION

Periodo		Clave		Tipo	Fecha		Pago		
Pensión	Salud	Pago	Planilla	Planilla	Limite	Pago	Banco	Dias Mora	Valor
2026-05	2026-05	1000001563	9505699635	I	2026/06/22	2026/07/01	BANCO DE BOGOTA	9	$596,900

LIQUIDACION DETALLADA DE APORTES

EMPLEADO					PENSION		SALUD				CCF				RIESGOS				PARAFISCALES		
No.	Identificación	Nombres	Codigo	Días	IBC	Aporte	Codigo	Días	IBC	Aporte	Codigo	Días	IBC	Aporte	Codigo	Días	IBC	Aporte	Días	IBC	Aporte
Sucursal: PRINCIPAL (1 Afiliados)					$1,800,000	$288,000			$1,800,000	$225,000			$1,800,000	$36,000			$1,800,000	$43,900		$0	$0
Centro de Trabajo: PRINCIPAL (1 Afiliados)					$1,800,000	$288,000			$1,800,000	$225,000			$1,800,000	$36,000			$1,800,000	$43,900		$0	$0
Ciudad: BOGOTA Depto: BOGOTA D.E. (1 Afiliados)					$1,800,000	$288,000			$1,800,000	$225,000			$1,800,000	$36,000			$1,800,000	$43,900		$0	$0
1	CC 52901083	GOMEZ ALEIDA	25-14	30	$1,800,000	$288,000	EPS010	30	$1,800,000	$225,000	CCF21	30	$1,800,000	$36,000	14-7	30	$1,800,000	$43,900	30	$0	$0
Total Afiliados(1)					$1,800,000	$288,000			$1,800,000	$225,000			$1,800,000	$36,000			$1,800,000	$43,900		$0	$0

aportes en línea

Resumen General de Pago

DATOS GENERALES DEL APORTANTE

Identificación	dv	Razon Social	Clase Aportante	Sucursal Principal	Direccion	Ciudad-Departamento	Teléfono	Exonerado SENA e ICBF
CC 52901083		GOMEZ ESPINOSA ALEIDA MARIBEL	INDEPENDIENTE	PRINCIPAL	DG 3A # 1B - 70 ESTE	BOGOTA-BOGOTA D.E.	2899599	No

DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION

Periodo		Clave		Tipo	Fecha		Pago		
Pensión	Salud	Pago	Planilla	Planilla	Limite	Pago	Banco	Dias Mora	Valor
2026-05	2026-05	1000001563	9505699635	I	2026/06/22	2026/07/01	BANCO DE BOGOTA	9	$596,900

RESUMEN DE PAGO

RIESGO	CODIGO	NIT	DV	AFILIADOS	VALOR LIQUIDADO	INTERESES MORA	SALDOS E INCAPACIDADES	VALOR A PAGAR
AFP (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$288,000	$1,900	$0	$289,900
COLPENSIONES	25-14	900,336,004	7	1	$288,000	$1,900	$0	$289,900
ARL (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$43,900	$300	$0	$44,200
SEGUROS BOLIVAR	14-7	860,002,503	2	1	$43,900	$300	$0	$44,200
CCF (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$36,000	$300	$0	$36,300
CAFAM	CCF21	860,013,570	3	1	$36,000	$300	$0	$36,300
EPS (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$225,000	$1,500	$0	$226,500
EPS SURA (ANTES SUSALUD)	EPS010	800,088,702	2	1	$225,000	$1,500	$0	$226,500
TOTAL				1	$592,900	$4,000	$0	$596,900