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:	**MARIA FERNANDA CORAL ANDRADE**			**CC:**	**52005984**
CORREO ELECTRÓNICO:	**MCORAL_ANDRADE@HOTMAIL.COM**			**TELÉFONO:**	**3108627542**
DIRECCIÓN DOMICILIO:	**KR 69 H 80 40 INT 3 AP 503**			**CIUDAD:**	**BOGOTA**
BANCO AL CUAL CONSIGNAR:	**BBVA COLOMBIA**	**TIPO DE CUENTA:**	**AHORROS**	**N° CUENTA:**	**176162626**
DATOS DEL CONTRATO O ADICION Y PERIODO OBJETO DE PAGO					
Nº DEL CONTRATO:	**PS 2964 2026**	**VALOR CORRESPONDIENTE AL PERIODO OBJETO DE COBRO**			**$ 6.226.865**
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**				

MARIA FERNANDA CORAL ANDRADE
PS_2964_2026_0A2EB3

NOMBRE Y FIRMA DEL CONTRATISTA:
MARIA FERNANDA CORAL ANDRADE
CC: 52005984
CEL: 3108627542

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			
MARIA FERNANDA CORAL ANDRADE			
CON C.C N°	**52.005.984**		
OBJETO DEL CONTRATO:	PRESTAR SERVICIOS COMO PROFESIONAL ESPECIALIZADO IV PARA DESARROLLAR ACTIVIDADES EN LA OFICINA DE CONTROL INTERNO DISCIPLINARIO DE LA SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E.		
CONTRATO DE PRESTACION DE SERVICIOS PROFESIONALES No.	**PS 2964 2026**	**FECHA INICIO CONTRATO**	**2026/02/03**
VALOR INICIAL DEL CONTRATO	$ 24.907.460	**No. HORAS EJECUTADAS**	**0**
VALOR TOTAL DEL CONTRATO INCLUIDO ADICIONES:	$ 24.907.460	**VALOR DE HONORARIOS PERÍODO A CERTIFICAR:**	$ 6.226.865
PLAZO DEL CONTRATO INCLUYENDO PRORROGAS	CUATRO (4) MESES		
UNIDAD FUNCIONAL DE EJECUCIÓN DE ACTIVIDADES:	CENTRO DE SALUD PERSEVERANCIA		
NOMBRE DEL SUPERVISOR:	IVAN CAMILO CAMARGO ROJAS		

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 sustanciación de los procesos disciplinarios a cargo de la oficina de control interno disciplinario de la subred, ordinarios y verbales, en distintas etapas: En desarrollo de la ejecución contractual se sustanciaron los siguientes expedientes y presentaron los proyectos al despacho, así: 1. Exp. 096-2023 Archivo; 2. Exp. 108-2023 Resuelve recurso de reposición; 3. Exp. 041-2024 Resuelve recurso de reposición; 4. Exp. 078-2022 Reasume conocimiento; 5. Exp. 041-2024 Autoriza copias. Apoyar en la recepción o practica de pruebas: Recepción de las declaraciones o versiones libres dentro del Exp. 027-2024, Exp. 108-2023 y Exp. 041-2024 Proyectar oficios, memorandos, citaciones y notificaciones: No asignado para este informe Presentar los siguientes informes a. informe mensual de las actividades contractuales realizadas diligenciando los formatos que tenga establecidos la subred centro oriente ESE y dentro del tiempo en que sea solicitado. b. Informe final de actividades contractuales, al finalizar el contrato. c. Los que sean solicitados en virtud de la coordinación de actividades con el superior del contrato: - Informe mensual - Publicación SECOP II Las demás obligaciones que sean debidamente coordinadas con el supervisor del contrato y que guarden armonía con el presente objeto contractual, Contenidas en el formato de necesidad de personal que hace parte integral del presente contrato. - Se han revisado los proyectos presentados para la firma del jefe de la oficina: Exp. 097-2024; Exp. 018-2023; Exp. 036-2024; Exp. 026-2025; Exp. 027-2025; Exp. 029-2025; Exp. 006-2025; Exp. 022-2026; Exp. 024-2026; Exp. 017-2024; Exp. 121-2024; Exp. 002-2024; Exp. 015-2024; Exp. 080-2023; Exp. 021-2024; Exp. 006-2026; Exp. 026-2024; Exp. 024-2025; Exp. 028-2024; Exp. 013-2025; Exp. 035-2025; Exp. 053-2025; Exp. 056-2023; Exp. 020-2025; Exp. 043-2024; Exp. 015-2022; Exp. 074-2024; Exp. 029-2024; Exp. 027-2024; Exp. 056-2024; Exp. 003-2025; Exp. 037-2024; Exp. 014-2024; Exp. 023-2026; Exp. 037-2025; Exp. 047-2024; Exp. 035-2025; Exp. 026-2026; Exp. 051-2025; Exp. 054-2025; Exp. 052-2025; Exp. 015-2026. - Se participó en las reuniones semanales de planeación estratégica de la OCDI Actas de reunión

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° 77990104	OPERADOR:	MI PLANILLA

CONCEPTO DEL PAGO	ENTIDAD	FECHA DE PAGO	VALOR PAGADO
SALUD:	FAMISANAR	2026/04/28	$ 750.000
PENSIÓN:	COLPENSIONES	2026/04/28	$ 960.000
RIESGOS LABORALES:	POSITIVA	2026/04/28	$ 146.200
OTRO			
TOTAL PAGADO			$ 1.856.200

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	*MARIA FERNANDA CORAL ANDRADE* *PS_2964_2026_0A2EB3* **MARIA FERNANDA CORAL ANDRADE** **CC: 52005984**
FIRMA DE QUIEN CONVALIDA EL CUMPLIMIENTO DE LAS OBLIGACIONES PARA EL PRESENTE PERIODO DE PAGO	*IVAN CAMILO CAMARGO ROJAS* *PS_2964_2026_0A2EB3* **IVAN CAMILO CAMARGO ROJAS** **SUPERVISOR DEL CONTRATO**