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:	**VALENTINA HERNANDEZ PERDOMO**			**CC:**	**1020833840**
CORREO ELECTRÓNICO:	**VHERNANDEZPERDOMO25@GMAIL.COM**			**TELÉFONO:**	**3106665076**
DIRECCIÓN DOMICILIO:	**CL 181 18B 82**			**CIUDAD:**	**BOGOTA**
BANCO AL CUAL CONSIGNAR:	**BANCO DAVIVIENDA S.A.**	**TIPO DE CUENTA:**	**AHORROS**	**N° CUENTA:**	**485800037304**
DATOS DEL CONTRATO O ADICION Y PERIODO OBJETO DE PAGO					
Nº DEL CONTRATO:	**PS 3654 2026**	**VALOR CORRESPONDIENTE AL PERIODO OBJETO DE COBRO**			**$ 6.000.056**
FECHA DE INICIO CONTRATO	**2026/04/01**	**FECHA DE TERMINACIÓN CONTRATO:**			**2026/07/31**
PERIODO OBJETO DE COBRO:	**DEL 2026/06/01 AL 2026/06/30**				

VALENTINA HERNANDEZ PERDOMO
PS_3654_2026_591FA9

NOMBRE Y FIRMA DEL CONTRATISTA:
VALENTINA HERNANDEZ PERDOMO
CC: 1020833840
CEL: 3106665076

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			
VALENTINA HERNANDEZ PERDOMO			
	CON C.C N°	**1.020.833.840**	
OBJETO DEL CONTRATO:	PRESTAR SERVICIOS COMO ENFERMERO A PARA DESARROLLAR ACTIVIDADES EN LA DIRECCI?N DE SERVICIOS AMBULATORIOS DE LA SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS EN 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 3654 2026**	**FECHA INICIO CONTRATO**	**2026/04/01**
VALOR INICIAL DEL CONTRATO	$ 6.000.056	**No. HORAS EJECUTADAS**	**184**
VALOR TOTAL DEL CONTRATO INCLUIDO ADICIONES:	$ 24.000.224	**VALOR DE HONORARIOS PERÍODO A CERTIFICAR:**	$ 6.000.056
PLAZO DEL CONTRATO INCLUYENDO PRORROGAS	CUATRO (4) MESES		
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	SE REALIZA LA APROPIACIÓN CONCEPTUAL, TÉCNICA Y OPERATIVA DE LA RESOLUCIÓN 711 DEL 24 DE ABRIL DE 2025, ASÍ COMO DE LA RESOLUCIÓN 3280 DE 2018 (RPMS), EL LINEAMIENTO TÉCNICO-OPERATIVO DE EQUIPOS BÁSICOS DE SALUD: CONFORMACIÓN, OPERACIÓN Y SEGUIMIENTO, Y DEMÁS NORMAS QUE LAS MODIFIQUEN, ADICIONEN O COMPLEMENTEN, EN EL MARCO DEL MODELO PREVENTIVO Y PREDICTIVO Y EL FORTALECIMIENTO DE LA ATENCIÓN PRIMARIA EN SALUD (APS).
2	SE PARTICIPA DE MANERA INDELEGABLE EN LAS CAPACITACIONES, ASISTENCIAS TÉCNICAS Y DEMÁS PROCESOS FORMATIVOS RELACIONADOS CON LOS APLICATIVOS INSTITUCIONALES (GTAPS, DINÁMICA GERENCIAL Y OTROS SISTEMAS DEFINIDOS), ASEGURANDO SU ADECUADA IMPLEMENTACIÓN EN EL DESARROLLO DE LAS ACTIVIDADES CONTRACTUALES.
3	BRINDAR APOYO TÉCNICO Y OPERATIVO EN LOS ESPACIOS INSTITUCIONALES Y PROCESOS FORMATIVOS, DE ACUERDO CON LOS REQUERIMIENTOS REALIZADOS POR LA COORDINACIÓN O SUPERVISIÓN, SIN QUE ESTO IMPLIQUE EL RECONOCIMIENTO DE PAGOS ADICIONALES A LOS ESTABLECIDOS EN EL CONTRATO.
4	SE ASISTE DE MANERA OBLIGATORIA Y OPORTUNA A LOS COMITÉS SEMANALES Y/O MENSUALES, ASÍ COMO A LAS REUNIONES DE SEGUIMIENTO, JORNADAS DE CAPACITACIÓN Y DEMÁS CONVOCATORIAS ADMINISTRATIVAS PROGRAMADAS, DEJANDO LA RESPECTIVA CONSTANCIA Y LOS SOPORTES DE PARTICIPACIÓN.
5	SE PLANIFICAN Y/O DESARROLLAN CAPACITACIONES, SOCIALIZACIONES E INTERVENCIONES TÉCNICAS, DE ACUERDO CON LOS REQUERIMIENTOS DE LA ENTIDAD Y EN CONCORDANCIA CON EL PERFIL PROFESIONAL.
6	SE GESTIONA Y FORTALECE LA ARTICULACIÓN COMUNITARIA E INTERSECTORIAL REQUERIDA PARA EL DESARROLLO DE ACCIONES EN TERRITORIO, EN COHERENCIA CON EL ENFOQUE DE ATENCIÓN PRIMARIA EN SALUD.
7	SE REALIZA LA ENTREGA OPORTUNA, COMPLETA Y BAJO CRITERIOS DE CALIDAD, EN LAS PERIODICIDADES ESTABLECIDAS (DIARIA, SEMANAL O MENSUAL), DE LA TOTALIDAD DE LOS FORMATOS, BASES DE DATOS, INFORMES Y SOPORTES DERIVADOS DE LAS ACCIONES, ATENCIONES E INTERVENCIONES EJECUTADAS EN EL MARCO DEL OBJETO CONTRACTUAL.
8	SE GARANTIZA EL USO RESPONSABLE, RESERVADO Y CONFIDENCIAL DE LOS USUARIOS Y CONTRASEÑAS ASIGNADOS, ASÍ COMO SU ENTREGA, JUNTO CON LOS SOPORTES FÍSICOS Y MAGNÉTICOS, AL MOMENTO DE LA FINALIZACIÓN DEL CONTRATO.
9	SE EJECUTAN LAS ACTIVIDADES PROPIAS DEL PERFIL PROFESIONAL COMO INTEGRANTE DEL EQUIPO BÁSICO DE SALUD, GARANTIZANDO LA ENTREGA COMPLETA, OPORTUNA Y CONFORME DE LOS PRODUCTOS, REGISTROS Y SOPORTES DERIVADOS DE LA GESTIÓN REALIZADA, LOS CUALES SE ENCUENTRAN SUJETOS A PROCESOS DE AUDITORÍA, VERIFICACIÓN Y VALIDACIÓN POR PARTE DE LOS LÍDERES DE LOCALIDAD, EL EQUIPO DINAMIZADOR Y/O LOS ENTES COMPETENTES, DE ACUERDO CON LOS LINEAMIENTOS TÉCNICOS, CONTRACTUALES Y NORMATIVOS VIGENTES.
10	SE REALIZA LA ELABORACIÓN, PRESENTACIÓN Y REPORTE OPORTUNO DE LAS CUENTAS DE COBRO POR PARTE DEL PROFESIONAL DE ENFERMERÍA, ASÍ COMO LA SUSCRIPCIÓN, FIRMA Y GESTIÓN DEL CONTRATO Y SUS DOCUMENTOS ASOCIADOS EN LOS APLICATIVOS INSTITUCIONALES Y EN LA PLATAFORMA SECOP, DENTRO DE LOS PLAZOS ESTABLECIDOS POR LA ENTIDAD. EL INCUMPLIMIENTO DE ESTA OBLIGACIÓN, EN LOS TIEMPOS Y CONDICIONES DEFINIDAS, IMPLICA LA NO CAUSACIÓN Y, EN CONSECUENCIA, EL NO RECONOCIMIENTO DEL PAGO DE HONORARIOS, SIN PERJUICIO DE LAS DEMÁS ACCIONES ADMINISTRATIVAS A QUE HAYA LUGAR, CONFORME A LA NORMATIVA CONTRACTUAL VIGENTE.

11	TODAS LAS ACTIVIDADES AQUÍ DESCRITAS SE EJECUTAN EN EL MARCO DEL MODELO PREVENTIVO Y PREDICTIVO Y DEL FORTALECIMIENTO DE LA ATENCIÓN PRIMARIA EN SALUD (APS) EN EL NIVEL PRIMARIO DE ATENCIÓN, DE CONFORMIDAD CON LOS LINEAMIENTOS TÉCNICOS, OPERATIVOS Y NORMATIVOS VIGENTES, Y SE ENCUENTRAN SUJETAS AL CUMPLIMIENTO DE LAS METAS ASIGNADAS, AL REGISTRO OPORTUNO Y CON CALIDAD DE LA INFORMACIÓN, ASÍ COMO A LOS PROCESOS DE VERIFICACIÓN Y AUDITORÍA CORRESPONDIENTES.
12	SE REALIZAN LAS DEMÁS ACTIVIDADES INHERENTES AL OBJETO CONTRACTUAL QUE SEAN ASIGNADAS POR EL SUPERVISOR DEL CONTRATO, DE CONFORMIDAD CON LA RESOLUCIÓN 711 DEL 24 DE ABRIL DE 2025 Y EL LINEAMIENTO TÉCNICO-OPERATIVO DE EQUIPOS BÁSICOS DE SALUD: CONFORMACIÓN, OPERACIÓN Y SEGUIMIENTO, LAS CUALES SERÁN OBJETO DE VERIFICACIÓN Y VALIDACIÓN PARA EL RECONOCIMIENTO DEL PAGO DE HONORARIOS.

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° 86174978	OPERADOR:	MI PLANILLA

CONCEPTO DEL PAGO	ENTIDAD	FECHA DE PAGO	VALOR PAGADO
SALUD:	COMPENSAR	2026/06/09	$ 300.200
PENSIÓN:	COLFONDOS	2026/06/09	$ 384.200
RIESGOS LABORALES:	SURA	2026/06/09	$ 58.500
OTRO			
TOTAL PAGADO			$ 742.900

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	*VALENTINA HERNANDEZ PERDOMO* *PS_3654_2026_591FA9* **VALENTINA HERNANDEZ PERDOMO** **CC: 1020833840**
FIRMA DE QUIEN CONVALIDA EL CUMPLIMIENTO DE LAS OBLIGACIONES PARA EL PRESENTE PERIODO DE PAGO	*LUZ MARINA HERNANDEZ HERNANDEZ* *PS_3654_2026_591FA9* **LUZ MARINA HERNANDEZ HERNANDEZ** **SUPERVISOR DEL CONTRATO**