**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:** | **CAMILA ANDREA PARRA DUARTE** | | | **CC:** | **1015410247** |
| **CORREO ELECTRÓNICO:** | **kmila.parra.d@gmail.com** | | | **TELÉFONO:** | **3007980048** |
| **DIRECCIÓN DOMICILIO:** | **TV 72B 82H 28** | | | **CIUDAD:** | **BOGOTA** |
| **BANCO AL CUAL CONSIGNAR:** | **BANCOLOMBIA** | **TIPO DE CUENTA:** | **AHORROS** | **N° CUENTA:** | **3397748811** |
| **DATOS DEL CONTRATO O ADICION Y PERIODO OBJETO DE PAGO** | | | | | |
| **Nº DEL CONTRATO:** | **PS 3662 2026** | **VALOR CORRESPONDIENTE AL PERIODO OBJETO DE COBRO** | | | **$ 6.848.000** |
| **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** | | | | |

*CAMILA ANDREA PARRA DUARTE*
*PS_3662_2026_38C3E8*

**NOMBRE Y FIRMA DEL CONTRATISTA:**
**CAMILA ANDREA PARRA DUARTE**
**CC: 1015410247**
**CEL: 3007980048**

| | | |
|---|---|---|
| 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**<br>**APOYO - GESTION DE CONTRATACIÓN**<br>**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<br>**VERSIÓN: 2**<br>**FECHA: 2025-06-09** |

| | | | |
|---|---|---|---|
| **CELEBRADO ENTRE LA SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E Y** | | | |
| **CAMILA ANDREA PARRA DUARTE** | | | |
| | **CON C.C N°** | **1.015.410.247** | |
| **OBJETO DEL CONTRATO:** | PRESTAR SERVICIOS COMO PROFESIONAL ESPECIALIZADO V PARA DESARROLLAR ACTIVIDADES EN LA DIRECCION DE SERVICIOS AMBULATORIOS DE LA SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE 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 3662 2026** | **FECHA INICIO CONTRATO** | **2026/04/01** |
| **VALOR INICIAL DEL CONTRATO** | $ 6.848.000 | **No. HORAS EJECUTADAS** | **0** |
| **VALOR TOTAL DEL CONTRATO INCLUIDO ADICIONES:** | $ 27.392.000 | **VALOR DE HONORARIOS PERÍODO A CERTIFICAR:** | $ 6.848.000 |
| **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 | Realizar la apropiación conceptual, técnica y operativa de la Resolución 00000711 del 24 de abril de 2025, el Lineamiento técnico-operativo de Equipos Básicos de Salud: conformación, operación y seguimiento, así como de las normas que las modifiquen o complementen, en el marco del Modelo Preventivo y Predictivo y el fortalecimiento de la Atención Primaria en Salud (APS). |
| 2 | Prestar servicios profesionales con calidad, oportunidad y pertinencia para el desarrollo de las actividades requeridas para la implementación, operación, seguimiento y fortalecimiento de los Equipos Básicos de Salud (EBS), conforme a lo establecido en la Resolución 00000711 de 2025 del Ministerio de Salud y Protección Social, el Lineamiento técnico-operativo de Equipos Básicos de Salud y demás normas que lo modifiquen, adicionen o sustituyan. |
| 3 | Presentar mensualmente el cronograma de actividades a desarrollar, acorde con la planeación operativa de los Equipos Básicos de Salud, y al finalizar cada mes entregar informe detallado de las actividades ejecutadas, con los soportes correspondientes y en los formatos establecidos por la entidad. |
| 4 | Apoyar la prestación de servicios en el marco de los Equipos Básicos de Salud (EBS) mediante el desarrollo de acciones intramurales y extramurales, garantizando la recolección, consolidación y entrega de la información y soportes requeridos conforme a los lineamientos técnicos, anexos y disposiciones establecidas por el Ministerio de Salud y Protección Social y la Secretaría Distrital de Salud. |
| 5 | Apoyar el desarrollo de actividades inherentes al objeto contractual orientadas al mejoramiento continuo de la calidad, así como aquellas definidas en los planes de mejoramiento institucional, procesos de habilitación, auditoría y acreditación en salud. |
| 6 | Realizar seguimiento y acompañamiento técnico a los procesos operativos y administrativos de los Equipos Básicos de Salud, tanto intramurales como extramurales, conforme a su perfil profesional y a los lineamientos establecidos por el Ministerio de Salud y la Secretaría Distrital de Salud. |

**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° 6015567139 | OPERADOR: | SOI |

| CONCEPTO DEL PAGO | ENTIDAD | FECHA DE PAGO | VALOR PAGADO |
|---|---|---|---|
| SALUD: | SANITAS | 2026/05/19 | $ 342.397 |
| PENSIÓN: | COLFONDOS | 2026/05/19 | $ 438.268 |
| RIESGOS LABORALES: | SURA | 2026/05/19 | $ 66.726 |
| OTRO | | | |
| TOTAL PAGADO | | | $ 847.391 |

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** | *CAMILA ANDREA PARRA DUARTE*<br>*PS_3662_2026_38C3E8*<br>**CAMILA ANDREA PARRA DUARTE**<br>**CC: 1015410247** |
| **FIRMA DE QUIEN CONVALIDA EL CUMPLIMIENTO DE LAS OBLIGACIONES PARA EL PRESENTE PERIODO DE PAGO** | *LUZ MARINA HERNANDEZ HERNANDEZ*<br>*PS_3662_2026_38C3E8*<br>**LUZ MARINA HERNANDEZ HERNANDEZ**<br>**SUPERVISOR DEL CONTRATO** |