

		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: (31-07-2026)					
NOMBRES Y APELLIDOS:	ANDREA CAROLINA GOMEZ VILORIA			CC:	1002322902
CORREO ELECTRÓNICO:	AG305948@GMAIL.COM			TELÉFONO:	3015871271
DIRECCIÓN DOMICILIO:	CR 71B 12 30			CIUDAD:	BOGOTA
BANCO AL CUAL CONSIGNAR:	BANCO DAVIVIENDA S.A.	TIPO DE CUENTA:	AHORROS	N° CUENTA:	488452675348
DATOS DEL CONTRATO O ADICION Y PERIODO OBJETO DE PAGO					
N° DEL CONTRATO:	PS 2759 2026	VALOR CORRESPONDIENTE AL PERIODO OBJETO DE COBRO		\$ 2.520.610	
FECHA DE INICIO CONTRATO	2026/02/01	FECHA DE TERMINACIÓN CONTRATO:		2026/07/31	
PERIODO OBJETO DE COBRO:	DEL 2026/07/01 AL 2026/07/31				
 ANDREA CAROLINA GOMEZ VILORIA PS_2759_2026_05582B NOMBRE Y FIRMA DEL CONTRATISTA: ANDREA CAROLINA GOMEZ VILORIA CC: 1002322902 CEL: 3015871271					

CELEBRADO ENTRE LA SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E Y
ANDREA CAROLINA GOMEZ VILORIA

CON C.C N°1.002.322.902

OBJETO DEL CONTRATO:	PRESTAR SERVICIOS COMO TECNICO DE APOYO A LA GESTION I PARA DESARROLLAR ACTIVIDADES EN LA OFICINA DE CALIDAD DE LA SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E.
----------------------	---

CONTRATO DE PRESTACION DE SERVICIOS PROFESIONALES No.	PS 2759 2026	FECHA INICIO CONTRATO	2026/02/01
VALOR INICIAL DEL CONTRATO	\$ 10.082.440	No. HORAS EJECUTADAS	0
VALOR TOTAL DEL CONTRATO INCLUIDO ADICIONES:	\$ 15.123.660	VALOR DE HONORARIOS PERÍODO A CERTIFICAR:	\$ 2.520.610
PLAZO DEL CONTRATO INCLUYENDO PRORROGAS	SEIS (6) MESES		

UNIDAD FUNCIONAL DE EJECUCIÓN DE ACTIVIDADES:	HOSPITAL SANTA CLARA
NOMBRE DEL SUPERVISOR:	MARTHA PATRICIA VARGAS SOLER

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 REALIZAN 180 TECNICAS DE HIGIENE DE MANOS
2	SE REALIZAN 150 VERIFICACION DE HIGIENE DE MANOS - MOMENTOS
3	SE REALIZAN 117 ASISTENCIAS DE SENSIBILIZACION
4	SE REALIZAN 14 LISTAS DE CHEQUEO DE AISLAMIENTO
5	SE REALIZA UNA LISTA DE VERIFICACION A CENTRAL DE INSUMOS
6	SE REALIZAN 38 INICIOS DE ANTIMICROBIANOS
7	SE REALIZA 1 RONDA DE SEGURIDAD DEL PACIENTE Y SE APLICA 1 LISTA DE CHEQUEO
8	SE ASISTE A REUNION DE EQUIPO IAAS LOS DIAS 01 JULIO Y 30 DE JULIO
9	SE ASITE A REUNION DE CALIDAD EL DIA 29 DE JULIO
10	SE REALIZAN 56 LISTA DE VERIFICACION DE SERVICIOS
11	SE REALIZAN 56 LISTA DE EMPRESA DE ASEO
12	SE REALIZA AVANZADA EN PERSEVERANCIA, Y SE APLICAN 4 LISTAS DE CHEQUEO, 2 DE VERIFICACION Y 2 DE ASEO, EL DIA 2 DE JULIO

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 (2026-07-01) AL (2026-07-31)

IV. INFORMACIÓN DE APORTES A SEGURIDAD SOCIAL			
No. DE PLANILLA:	N° 9506403859	OPERADOR:	APORTES EN LINEA
CONCEPTO DEL PAGO	ENTIDAD	FECHA DE PAGO	VALOR PAGADO
SALUD:	FAMISANAR	2026/07/10	\$ 220.200
PENSIÓN:	PROTECCION	2026/07/10	\$ 281.900
RIESGOS LABORALES:	SURA	2026/07/10	\$ 43.000
OTRO			

TOTAL PAGADO		\$ 545.100
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 ningún caso el IBC sea menor a 1 SMMLV (de ser el primer pago adjunto certificaciones de afiliación a eps, arl, pensión, 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	 ANDREA CAROLINA GOMEZ VILORIA PS_2759_2026_05582B ANDREA CAROLINA GOMEZ VILORIA CC: 1002322902	
FIRMA DE QUIEN CONVALIDA EL CUMPLIMIENTO DE LAS OBLIGACIONES PARA EL PRESENTE PERIODO DE PAGO	 MARTHA PATRICIA VARGAS SOLER PS_2759_2026_05582B MARTHA PATRICIA VARGAS SOLER SUPERVISOR DEL CONTRATO	