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:	**ROBERTO CARLOS CORTES MONTEALEGRE**			**CC:**	**79698921**
CORREO ELECTRÓNICO:	**RCORTES1706@GMAIL.COM**			**TELÉFONO:**	**3142637902**
DIRECCIÓN DOMICILIO:	**LR 111 88 15 IN 9 301**			**CIUDAD:**	**BOGOTA**
BANCO AL CUAL CONSIGNAR:	**BANCO DAVIVIENDA S.A.**	**TIPO DE CUENTA:**	**AHORROS**	**N° CUENTA:**	**006890285999**
DATOS DEL CONTRATO O ADICION Y PERIODO OBJETO DE PAGO					
Nº DEL CONTRATO:	**PS 3001 2026**	**VALOR CORRESPONDIENTE AL PERIODO OBJETO DE COBRO**			**$ 2.328.120**
FECHA DE INICIO CONTRATO	**2026/02/02**	**FECHA DE TERMINACIÓN CONTRATO:**			**2026/07/31**
PERIODO OBJETO DE COBRO:	**DEL 2026/07/01 AL 2026/07/31**				

ROBERTO CARLOS CORTES MONTEALEGRE
PS_3001_2026_7B8862

NOMBRE Y FIRMA DEL CONTRATISTA:
ROBERTO CARLOS CORTES MONTEALEGRE
CC: 79698921
CEL: 3142637902

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			
ROBERTO CARLOS CORTES MONTEALEGRE			
	CON C.C N°	**79.698.921**	
OBJETO DEL CONTRATO:	PRESTAR SERVICIOS COMO BACHILLER (APOYO APOYO EN MANTENIMIENTO) PARA DESARROLLAR ACTIVIDADES EN LA DIRECCION ADMINISTRATIVA DE LA SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E.		
CONTRATO DE PRESTACION DE SERVICIOS PROFESIONALES No.	**PS 3001 2026**	**FECHA INICIO CONTRATO**	**2026/02/02**
VALOR INICIAL DEL CONTRATO	$ 9.312.480	**No. HORAS EJECUTADAS**	**0**
VALOR TOTAL DEL CONTRATO INCLUIDO ADICIONES:	$ 13.968.720	**VALOR DE HONORARIOS PERÍODO A CERTIFICAR:**	$ 2.328.120
PLAZO DEL CONTRATO INCLUYENDO PRORROGAS	SEIS (6) MESES		
UNIDAD FUNCIONAL DE EJECUCIÓN DE ACTIVIDADES:	CENTRO DE SALUD PERSEVERANCIA		
NOMBRE DEL SUPERVISOR:	MARIA LORENA ROJAS VAN STRAHLEN		

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	1. REALIZAR MANTENIMIENTO PREVENTIVO Y CORRECTIVO A LA INFRAESTRUCTURA, EN LAS AREAS DE PLOMERIA, MAMPOSTERIA, RESANE, PINTURA, ORNAMENTACION, INSTALACION DE LUMINARIAS, CAMBIO DE PISOS Y EN LAS DEMAS QUE SE REQUIERA, DE ACUERDO AL CRONOGRAMA, PROGRAMACION O NECESIDAD EN LOS DIFERENTES SERVICIOS DE LAS UNIDADES DE LA SUBRED.
2	2.REALIZAR ALZADO DE MUROS EN MAMPOSTERIA Y/O ESTRUCTURA LIVIANA, CON SUS RESPECTIVOS ACABADOS.
3	3.REALIZAR INSTALACION DE CIELO RASOS EN PVC, DRYWALL O LAMINAS DE FIBRO-CEMENTO, CON SUS RESPECTIVOS REMATES Y ACABADOS FINALES.
4	4.REALIZAR INSTALACION DE COMETIDAS HIDRAULICAS Y SANITARIAS, CON SUS RESPECTIVOS ACCESORIOS Y PRUEBAS DE FUGAS.
5	5.CONTAR CON CURSO DE ALTURAS VIGENTE.
6	6. EL CONTRATISTA ES ENCARGADO DE REALIZAR ACTIVIDADES DE CERRAJERIA DE TODO TIPO.
7	7. REALIZAR LIMPIEZA Y MANTENIMIENTO PERIODICO DE LAS CANALES DE RECOLECCION DE AGUA DE LLUVIAS.
8	8. REALIZAR MANTENIMIENTO AL MOBILIARIO HOSPITALARIO CUANDO SE REQUIERA.
9	9. APOYAR LABORES DE ORNAMENTACION CUANDO SE REQUIERA.
10	10. REALIZAR RECEPCION Y ENTREGA DE GASES MEDICINALES CUANDO SE REQUIERA, Y DEMAS ACTIVIDADES ASIGNADAS POR EL SUPERVISOR DEL CONTRATO.
11	11. EL CONTRATISTA DEBERA PROPORCIONAR Y UTILIZAR SU PROPIA DOTACION DE MANTENIMIENTO, CONFORME A LAS RECOMENDACIONES Y NORMAS ESTABLECIDAS POR EL SISTEMA DE SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO (SST).
12	12. APOYAR LAS ACTIVIDADES PARA EL MEJORAMIENTO CONTINUO DE LA CALIDAD Y AQUELLAS DEFINIDAS DENTRO DE LOS PLANES DE MEJORAMIENTO DE LOS DIFERENTES ESTANDARES DE HABILITACION DE LOS SERVICIOS DE SALUD.
13	13. PARTICIPAR Y ADHERIRSE A LAS ACTIVIDADES Y PROGRAMAS INTERNOS Y EXTERNOS RELACIONADOS CON EL OBJETO CONTRACTUAL.
14	14. ASEGURAR LA ADECUADA Y RACIONAL UTILIZACION DE LOS RECURSOS DE LA SUBRED Y DEMAS EQUIPOS Y ELEMENTOS QUE SEAN UTILIZADOS PARA EL CUMPLIMIENTO DE LAS ACTIVIDADES CONTRACTUALES.
15	15. CUMPLIR CON LAS NORMAS DE BIOSEGURIDAD, SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO, GESTION AMBIENTAL Y CALIDAD CON EL FIN DE DISMINUIR LOS RIESGOS.
16	16. MANTENER LA RESERVA Y DISCRECION DE LA INFORMACION QUE POR SU ACTIVIDAD LLEGARE A CONOCER.
17	17. INFORMAR AL SUPERVISOR DEL CONTRATO CUALQUIER NOVEDAD QUE SE PRESENTE EN EL CUMPLIMIENTO DE LAS ACTIVIDADES.
18	18. REALIZAR INFORME MENSUAL DE SUS ACTIVIDADES Y ENTREGARLAS AL SUPERVISOR DEL CONTRATO PARA QUE ESTE CERTIFIQUE EL CUMPLIMIENTO DE LAS MISMAS.
19	19. PRESENTAR PLANILLA DE PAGO DE APORTES DE SEGURIDAD SOCIAL DEL MES CORRESPONDIENTE AL CERTIFICADO.
20	20. LAS DEMAS ACTIVIDADES QUE SEAN ASIGNADAS POR EL SUPERVISOR DEL CONTRATO Y QUE SE ENCUENTREN RELACIONADAS CON EL OBJETO CONTRACTUAL. CONTENIDAS EN EL FORMATO DE NECESIDAD DE PERSONAL QUE HACE PARTE INTEGRAL DEL PRESENTE CONTRATO.

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° 92837497	OPERADOR:	MI PLANILLA

CONCEPTO DEL PAGO	ENTIDAD	FECHA DE PAGO	VALOR PAGADO
SALUD:	FAMISANAR	2026/07/10	$ 219.600
PENSIÓN:	COLFONDOS	2026/07/10	$ 281.100
RIESGOS LABORALES:	SURA	2026/07/10	$ 42.900
OTRO			
TOTAL PAGADO			$ 543.600

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	*ROBERTO CARLOS CORTES MONTEALEGRE* *PS_3001_2026_7B8862* **ROBERTO CARLOS CORTES MONTEALEGRE** **CC: 79698921**
FIRMA DE QUIEN VALIDA	*NICOLAS SANCHEZ LOZANO* *PS_3001_2026_7B8862* **NICOLAS SANCHEZ LOZANO** **SUPERVISOR ALTERNO**
FIRMA DE QUIEN CONVALIDA EL CUMPLIMIENTO DE LAS OBLIGACIONES PARA EL PRESENTE PERIODO DE PAGO	*MARIA LORENA ROJAS VAN STRAHLEN* *PS_3001_2026_7B8862* **MARIA LORENA ROJAS VAN STRAHLEN** **SUPERVISOR DEL CONTRATO**