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: (28-02-2026)					
NOMBRES Y APELLIDOS:	**DANYERLI JULIANA ALVAREZ BALLESTEROS**			**CC:**	**1010043207**
CORREO ELECTRÓNICO:	**JULIANA1936@HOTMAIL.ES**			**TELÉFONO:**	**3104708237**
DIRECCIÓN DOMICILIO:	**CL 40 SUR 72 I 33**			**CIUDAD:**	**BOGOTA**
BANCO AL CUAL CONSIGNAR:	**BANCO DAVIVIENDA S.A.**	**TIPO DE CUENTA:**	**AHORROS**	**N° CUENTA:**	**488421186534**
DATOS DEL CONTRATO O ADICION Y PERIODO OBJETO DE PAGO					
Nº DEL CONTRATO:	**PS 3027 2026**	**VALOR CORRESPONDIENTE AL PERIODO OBJETO DE COBRO**			**$ 2.963.220**
FECHA DE INICIO CONTRATO	**2026/02/03**	**FECHA DE TERMINACIÓN CONTRATO:**			**2026/05/31**
PERIODO OBJETO DE COBRO:	**DEL 2026/02/03 AL 2026/02/28**				

DANYERLI JULIANA ALVAREZ BALLESTEROS
PS_3027_2026_9D1803

NOMBRE Y FIRMA DEL CONTRATISTA:
DANYERLI JULIANA ALVAREZ BALLESTEROS
CC: 1010043207
CEL: 3104708237

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			
DANYERLI JULIANA ALVAREZ BALLESTEROS			
	CON C.C N°	**1.010.043.207**	
OBJETO DEL CONTRATO:	PRESTAR SERVICIOS COMO TECNOLOGO DE APOYO A LA GESTION III 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 3027 2026**	**FECHA INICIO CONTRATO**	**2026/02/03**
VALOR INICIAL DEL CONTRATO	$ 12.764.640	**No. HORAS EJECUTADAS**	**0**
VALOR TOTAL DEL CONTRATO INCLUIDO ADICIONES:	$ 12.764.640	**VALOR DE HONORARIOS PERÍODO A CERTIFICAR:**	$ 2.963.220
PLAZO DEL CONTRATO INCLUYENDO PRORROGAS	CUATRO (4) MESES		
UNIDAD FUNCIONAL DE EJECUCIÓN DE ACTIVIDADES:	HOSPITAL SANTA CLARA		
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	Se realiza ingresos de los activos que ingresan a la Subred Integrada de Servicios de Salud Centro Oriente E.S.E
2	Se realizan traslados entre sedes y áreas de la Subred Integrada de Servicio de Salud Centro Oriente E.S.E (Hospital Santa Clara y Materno Infantil con el formato AP-RF-FT-022)
3	Mantener actualizado el sistema de información con los bienes entregados y trasladados para dar seguimiento a los activos en el drive de ORIGINAL PLAQUETIZACION para llevar un seguimiento de los activos
4	Se asiste a reunión de predios con Jurídica para dar alcance a las solicitudes de los diferentes entes externos y reuniones de bajas.
5	Se realiza acompañamiento a la líder en la conciliación del mes de enero y acompañamiento para realizar los análisis junto con contabilidad para dar alcance a las diferencias de la conciliación
6	Se da respuesta a diferentes correos (ambulancias, transporte etc.), oficios, RMS y solicitudes que llegan al area de activos fijos, del mismo modo se realizan oficios sobre los predios y el área en general de activos fijos
7	Se realiza cruce de información de los activos de Biomédica y de las diferentes bases a solicitud de la líder.
8	Se le brinda información en bases de Excel y formatos a la líder como apoyo para ingresos de activos en donación, compras y/o comodatos, que ingresan a la Subred Integrada de Servicios de Salud Centro Oriente E.S.E
9	Se realizan los respectivos análisis y pruebas en Dinámica gerencial de prueba junto con sistemas y contabilidad para subsanar hallazgos del área
10	Toda actividad asignada por el líder y la dirección administrativa

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 (2026-02-03) AL (2026-02-28)

IV. INFORMACIÓN DE APORTES A SEGURIDAD SOCIAL

No. DE PLANILLA:	N° 40288891	OPERADOR:	MI PLANILLA
CONCEPTO DEL PAGO	ENTIDAD	FECHA DE PAGO	VALOR PAGADO
SALUD:	FAMISANAR	2026/02/10	$ 218.900

PENSIÓN:	PORVENIR	2026/02/10	$ 280.200
RIESGOS LABORALES:	SEGUROS BOLIVAR	2026/02/10	$ 42.700
OTRO			
TOTAL PAGADO			$ 541.800

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	*DANYERLI JULIANA ALVAREZ BALLESTEROS* *PS_3027_2026_9D1803* **DANYERLI JULIANA ALVAREZ BALLESTEROS** **CC: 1010043207**
FIRMA DE QUIEN CONVALIDA EL CUMPLIMIENTO DE LAS OBLIGACIONES PARA EL PRESENTE PERIODO DE PAGO	*MARIA LORENA ROJAS VAN STRAHLEN* *PS_3027_2026_9D1803* **MARIA LORENA ROJAS VAN STRAHLEN** **SUPERVISOR DEL CONTRATO**