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:	**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**			**$ 3.191.160**
FECHA DE INICIO CONTRATO	**2026/02/03**	**FECHA DE TERMINACIÓN CONTRATO:**			**2026/07/31**
PERIODO OBJETO DE COBRO:	**DEL 2026/07/01 AL 2026/07/31**				

DANYERLI JULIANA ALVAREZ BALLESTEROS
PS_3027_2026_F964EC

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:	$ 19.146.960	**VALOR DE HONORARIOS PERÍODO A CERTIFICAR:**	$ 3.191.160
PLAZO DEL CONTRATO INCLUYENDO PRORROGAS	SEIS (6) 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	Se asiste a reunión de predios con Jurídica para dar alcance a las solicitudes de los diferentes entes externos y reuniones de bajas.
4	Se realiza acompañamiento a la líder en la conciliación del mes de Junio y acompañamiento para realizar los análisis junto con contabilidad para dar alcance a las diferencias de la conciliación
5	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
6	Se realiza cruce de información de los activos de Biomédica y de las diferentes bases a solicitud de la líder.
7	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
8	Se realizan los respectivos análisis y pruebas en Dinámica gerencial de prueba junto con sistemas y contabilidad para subsanar hallazgos del área
9	Se inicia toma fisica y plaquetizacion 2026
10	Se realizan ingresos y salidas correspondientes al mes
11	Toda actividad asignada por el líder y la dirección administrativa
12	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
13	Se consolida información con el área de seguros

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° 92748664	OPERADOR:	MI PLANILLA

CONCEPTO DEL PAGO	ENTIDAD	FECHA DE PAGO	VALOR PAGADO
SALUD:	SANITAS	2026/07/10	$ 218.900
PENSIÓN:	PORVENIR	2026/07/10	$ 280.200
RIESGOS LABORALES:	SEGUROS BOLIVAR	2026/07/10	$ 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_F964EC* **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_F964EC* **MARIA LORENA ROJAS VAN STRAHLEN** **SUPERVISOR DEL CONTRATO**