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: (31-08-2026)					
NOMBRES Y APELLIDOS:	**ADRIANA CAMILA HOYOS MARROQUIN**			**CC:**	**1018493735**
CORREO ELECTRÓNICO:	**ADRIANAHOYOS1218@HOTMAIL.COM**			**TELÉFONO:**	**3219462529**
DIRECCIÓN DOMICILIO:	**KR 72B 22A 85**			**CIUDAD:**	**BOGOTA**
BANCO AL CUAL CONSIGNAR:	**BANCO DAVIVIENDA S.A.**	**TIPO DE CUENTA:**	**AHORROS**	**N° CUENTA:**	**488402297060**
DATOS DEL CONTRATO O ADICION Y PERIODO OBJETO DE PAGO					
Nº DEL CONTRATO:	**PS 2955 2026**	**VALOR CORRESPONDIENTE AL PERIODO OBJETO DE COBRO**			**$ 5.593.940**
FECHA DE INICIO CONTRATO	**2026/02/03**	**FECHA DE TERMINACIÓN CONTRATO:**			**2026/08/31**
PERIODO OBJETO DE COBRO:	**DEL 2026/08/01 AL 2026/08/31**				

ADRIANA CAMILA HOYOS MARROQUIN
PS_2955_2026_C07D56

NOMBRE Y FIRMA DEL CONTRATISTA:
ADRIANA CAMILA HOYOS MARROQUIN
CC: 1018493735
CEL: 3219462529

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			
ADRIANA CAMILA HOYOS MARROQUIN			
	CON C.C N°	**1.018.493.735**	
OBJETO DEL CONTRATO:	PRESTAR SERVICIOS COMO PROFESIONAL ESPECIALIZADO III PARA DESARROLLAR ACTIVIDADES EN LA DIRECCION DE GESTION DEL TALENTO HUMANO DE LA SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E.		
CONTRATO DE PRESTACION DE SERVICIOS PROFESIONALES No.	**PS 2955 2026**	**FECHA INICIO CONTRATO**	**2026/02/03**
VALOR INICIAL DEL CONTRATO	$ 22.375.760	**No. HORAS EJECUTADAS**	**0**
VALOR TOTAL DEL CONTRATO INCLUIDO ADICIONES:	$ 38.758.013	**VALOR DE HONORARIOS PERÍODO A CERTIFICAR:**	$ 5.593.940
PLAZO DEL CONTRATO INCLUYENDO PRORROGAS	SIETE (7) MESES		
UNIDAD FUNCIONAL DE EJECUCIÓN DE ACTIVIDADES:	HOSPITAL SANTA CLARA		
NOMBRE DEL SUPERVISOR:	LUIS FERNANDO JOYA JOYA		

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 cruce de información y consolidar las bases de datos de capacitaciones, con el fin de mantener actualizada la información y dar respuesta oportuna a los requerimientos internos y externos relacionados con el área de capacitación de la Entidad, para el POA se cruzaron 124 capacitaciones en la base de datos
2	Realizar informe de Inducción institucional mes de Julio, equivalente al 83,32%
3	Realizar informe de Tecnovigilancia mes de Julio, 37 personas certificadas
4	Realizar informe PQRS mes de Julio, 13 personas certificadas
5	Realizar informe Gestión Documental mes de Julio, 14 personas certificadas
6	Realizar informe de Protocolo Abordaje a Primera, Segunda y Tercera Víctima de la Atención en Salud mes de Julio, 17 personas certificadas
7	Realizar informe de Point Of Care Testing POCT mes de Julio, 27 personas certificadas
8	Realizar informe de Protección Radiológica mes de Julio, 9 persona certificada
9	Realizar informe de Conectados con los usuarios mes de Julio, 8 personas certificadas
10	Realizar informe de Buenas Prácticas de Seguridad del Paciente mes de Julio, 15 personas certificadas
11	Informe de Sivigila mes de Julio, 16 personas certificadas
12	Realizar informe de Cesación del uso del tabaco mes de Julio, 22 personas certificadas
13	Realizar informe de Gestión de conflicto de intereses mes de Julio, 41 personas certificadas
14	Realizar informe de Acoso Laboral mes de Julio, 16 personas certificadas
15	Realizar informe de Decálogo de Humanización mes de Julio, 39 personas certificadas
16	Realizar informe de Gobierno Digital mes de Julio, 11 personas certificadas
17	Realizar informe de Almera mes de Julio, 15 personas certificadas
18	Realizar informe de Dolor y Sufrimiento: Un Enfoque Integral y Humanizado mes de Julio, 43 personas certificadas
19	Realizar informe de Violencia Sexual mes de Julio, 67 personas certificadas
20	Realizar informe de Víctimas con Agentes químicos mes de Julio, 68 personas certificadas
21	Realizar informe de Sarlaft mes de Julio, 73 personas certificadas
22	Realizar informe de Entrenamiento en puesto de trabajo mes de Julio, el indicador alcanza el 57.95% con un total de 415 Entrenamientos pendientes
23	Actualizar base de Ejes estratégicos mes de Julio, donde la cobertura del indicador acumulado por eje es el siguiente: Atención centrada en el usuario de los servicios de salud (8015), Gestión clínica excelente y segura (18621), Gestión de la tecnología (1478), Gestión del riesgo (8538), Humanización de la atención en salud (1717), Proceso de transformación cultural permanente (6922) y Responsabilidad social (1813)
24	Divulgar y socializar la información de capacitaciones, cursos, talleres, etc., tanto internos como los recibidos de entidades externas (DASCD, SDS, Alcaldía, Personería, entre otros) al personal que aplique. Agenda semanal de Capacitación
25	Generar las bases de datos individuales de capacitación, realizar el reporte mensual de éstas en la Plataforma del Sideap - Pic en línea y mantener actualizada la información de las actividades ejecutadas: 124 de Julio
26	Estructurar curso de Equipos Biomedicos Aula CO
27	Certificar capacitación Programa Toma de muestras
28	Realizar presentación comisión de personal mes de Julio
29	Realizar seguimiento al indicador de Inducción Institucional de manera diaria y remitir correos

30	Realizar informe con indicador de SARLAFT
31	Dar soporte vía correo electrónico y telefónico acerca del AULA CO

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 (2026-08-01) AL (2026-08-31)

IV. INFORMACIÓN DE APORTES A SEGURIDAD SOCIAL

No. DE PLANILLA:	N° 37997656	OPERADOR:	ASOPAGOS

CONCEPTO DEL PAGO	ENTIDAD	FECHA DE PAGO	VALOR PAGADO
SALUD:	SURA	2026/08/11	$ 279.700
PENSIÓN:	PORVENIR	2026/08/11	$ 358.100
RIESGOS LABORALES:	SEGUROS BOLIVAR	2026/08/11	$ 54.600
OTRO			
TOTAL PAGADO			$ 692.400

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	*ADRIANA CAMILA HOYOS MARROQUIN* *PS_2955_2026_C07D56* **ADRIANA CAMILA HOYOS MARROQUIN** **CC: 1018493735**
FIRMA DE QUIEN CONVALIDA EL CUMPLIMIENTO DE LAS OBLIGACIONES PARA EL PRESENTE PERIODO DE PAGO	*LUIS FERNANDO JOYA JOYA* *PS_2955_2026_C07D56* **LUIS FERNANDO JOYA JOYA** **SUPERVISOR DEL CONTRATO**

ASOPAGOS s.a.

Certificación de Pago

Se certifica que la empresa , identificada con CC-1018493735 sucursal 0, canceló los aportes de seguridad social y parafiscales de la siguiente manera:

REFERENCIA POR TIPO DE PLANILLA		CÓDIGO ENTIDAD	NIT	NOMBRE ADMINISTRADORA	Nro. AFILIADOS	DÍAS MORA	COTIZACIÓN	INTERES	VALOR TOTAL
Período pensión:	2026-07	230301	800224808	PORVENIR	1	0	358.100	0	358.100
Período salud:	2026-07	EPS010	800088702	EPS SURA	1	0	279.700	0	279.700
Planilla Nro.:	37997656 Tipo I	14-7	860002503	SEGUROS BOLIVAR	1	0	54.600	0	54.600
Clase de aportante:	I	CCF24	860066942	COMPENSAR-CCF	1	0	44.800	0	44.800
Fecha transacción:	2026-08-11	PASENA	899999034	SENA	0	0	0	0	0
Banco:	BANCO DAVIVIENDA S.A.	PAICBF	899999239	ICBF	0	0	0	0	0
Transacción:	558656550	PAESAP	899999054	ESAP	0	0	0	0	0
		PAMIED	899999001	MINEDU	0	0	0	0	0
				GRAN TOTAL					$ 737.200

PAGADO