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:	**PAULA MARCELA SANCHEZ HERRERA**			**CC:**	**1019018983**
CORREO ELECTRÓNICO:	**PAULA_MARCE06@HOTMAIL.COM**			**TELÉFONO:**	**3023742147**
DIRECCIÓN DOMICILIO:	**KR 103B 82 48**			**CIUDAD:**	**BOGOTA**
BANCO AL CUAL CONSIGNAR:	**BANCO DAVIVIENDA S.A.**	**TIPO DE CUENTA:**	**AHORROS**	**N° CUENTA:**	**004570189870**
DATOS DEL CONTRATO O ADICION Y PERIODO OBJETO DE PAGO					
Nº DEL CONTRATO:	**PS 2789 2026**	**VALOR CORRESPONDIENTE AL PERIODO OBJETO DE COBRO**			**$ 5.593.940**
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**				

PAULA MARCELA SANCHEZ HERRERA
PS_2789_2026_EEFDB9

NOMBRE Y FIRMA DEL CONTRATISTA:
PAULA MARCELA SANCHEZ HERRERA
CC: 1019018983
CEL: 3023742147

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			
PAULA MARCELA SANCHEZ HERRERA			
	CON C.C N°	**1.019.018.983**	
OBJETO DEL CONTRATO:	PRESTAR SERVICIOS COMO PROFESIONAL ESPECIALIZADO III PARA DESARROLLAR ACTIVIDADES EN LA SUBGERENCIA DE SERVICIOS DE SALUD DE LA SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E.		
CONTRATO DE PRESTACION DE SERVICIOS PROFESIONALES No.	**PS 2789 2026**	**FECHA INICIO CONTRATO**	**2026/02/03**
VALOR INICIAL DEL CONTRATO	$ 22.375.760	**No. HORAS EJECUTADAS**	**0**
VALOR TOTAL DEL CONTRATO INCLUIDO ADICIONES:	$ 33.563.640	**VALOR DE HONORARIOS PERÍODO A CERTIFICAR:**	$ 5.593.940
PLAZO DEL CONTRATO INCLUYENDO PRORROGAS	SEIS (6) MESES		
UNIDAD FUNCIONAL DE EJECUCIÓN DE ACTIVIDADES:	HOSPITAL SANTA CLARA		
NOMBRE DEL SUPERVISOR:	ELIANA IVONT HURTADO SEPÚLVEDA		

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.APOYAR LA GESTION ADMINISTRATIVA DE LA SUBGERENCIA DE SERVICIOS DE SALUD. - Apoyo en el seguimiento de colaboradores ops pendientes de presentar inducción institucional - Gestionar y liderar reunión con enlaces para la revisión de los flujos de contratación -Proyectar flujograma funcional para reorganizacion de servicios SISSCO SER 2026 - Participar en reunión Revisión Tema: Consentimientos Informados -Seguimiento de gestión respuestas a preliminares -Realizar validación y seguimiento de modificaciones de adición y prorroga de contratos de Bienes y servicios para el mes de agosto- septiembre -Gestion y consolidación para Información Matriz Concejal Aria
2	2.PROYECTAR Y/ O CONSOLIDAR LOS INFORMES REQUERIDOS POR CUALQUIER ENTE DE CONTROL, RENDICION DE CUENTAS Y JUNTA DIRECTIVA CON LA INFORMACION DE CADA UNA DE LAS DIRECCIONES ASISTENCIALES PARA LOS PERIODOS SOLICITADOS ASI COMO GESTIONAR Y CONSOLIDAR LA RESPUESTA A REQUERIMIENTOS INTERNO, EXTERNO DE ENTES DE CONTROL, COMUNIDAD Y CIUDADANOS EN GENERAL. -Realizar seguimiento con la direcciones para Solicitud actualización seguimiento Salvedades Dictamen Financiero Revisoría Fiscal Vig 2025 -Apoyo en el seguimiento con las direcciones para solicitud Plan de Mejoramiento PAD 139 -Gestion y consolidación de presentación junta directiva corte Junio - Apoyo en la gestión y consolidación para RESPUESTA AGILSALUD SISSCO-2026-CE-017797 - PUNTOS 1, 2,
3	3.REALIZAR SEGUIMIENTO Y GESTION A LAS ACCIONES DE MEJORA RESULTADO DE AUDITORIAS INTERNAS Y EXTERNAS, ASI COMO REVISION, VERIFICACION, ENTREGA, CARGUE Y SEGUIMIENTO DE LOS PRODUCTOS DE PLANES DE MEJORAMIENTO PARA CIERRE DE HALLAZGOS REPORTADOS. -Realizar seguimiento a las oportunidades de mejora identificadas con ID 7047-7030-7037-7034-7059-6201-6344-6995-7123-7039 -Realizar seguimiento de plan de mejora COOSALUD - Seguimiento Plan de Mejoramiento Contraloría de Bogotá
4	4.REALIZAR SEGUIMIENTO A LOS TRAMITES ADMINISTRATIVOS DE LOS CONTRATOS DE PRESTACION DE SERVICIOS DE LAS DIRECCIONES ASISTENCIALES: COMO SON RADICACION Y SEGUIMIENTO REQUERIMIENTOS, ADICIONES, PRORROGAS, NOVEDADES Y BASE DE DATOS DE PERSONAL ENTREGADAS POR LAS DIRECCIONES ASISTENCIALES. - Realizar gestión y seguimiento para la Solicitud liberaciones RP OPS SSS -Participar en la reunión de capacitación de supervisores de contratos -Participar en reunión de seguimiento contratación personal de enfermería - Seguimiento y gestión con las direcciones para la Proyección necesidades talento humano julio-agosto -Validación de requerimientos de talento humano para las direcciones asdcritas a la subgerencia de servicios de salud y los convenios a su cargo -Validación, aprobación y seguimiento a la gestión de las adiciones y prorrogas correspondiente al mes de agosto de contratación OPS asistencia, admirativo y convenios
5	5.REALIZAR ACCIONES DE APOYO Y ARTICULACION PARA SEGUIMIENTO AL TALENTO HUMANO REQUERIDO POR LAS DIRECCIONES ASISTENCIALES PARA EL FORTALECIMIENTO DE LOS PROCESOS MISIONALES EN LA ATENCION DEL USUARIO. -Gestión y seguimiento para Reporte seguimiento Horas Contratadas Talento Humano_SSS

6	6.APOYAR EL SEGUIMIENTO A LOS MAPAS DE RIESGOS, ANALISIS DE RESULTADOS Y PROPONER LAS ACCIONES REALIZAR ACOMPAÑAMIENTO A LA SUBGERENCIA DE SERVICIOS EN LOS MECANISMOS DE SEGUIMIENTO, EVALUACION, CONTROL Y REALIMENTACION PARA EL CUMPLIMIENTO DE METAS INSTITUCIONALES, CUADRO DE MANDO INTEGRADO - CMI, ESTADISTICAS DE PRODUCCION E INDICADORES ASISTENCIALES Y DE LA PLATAFORMA ESTRATEGICA RELACIONADOS CON EL PROCESO AL IGUAL QUE GESTION DE INDICADORES FENIX DE LA SUPERSALUD. -Seguimiento con las direcciones para solicitud de seguimiento primera linea de defensa Mapa de riesgos 2do Trimestre
7	7.DAR SOPORTE TECNICO PARA LA RESPUESTA A DERECHOS DE PETICION, REQUERIMIENTOS, SOLICITUDES, ENTRE OTROS, TANTO INTERNOS COMO EXTERNOS QUE LE SEAN DESIGNADOS. -Apoyo en la construcción de derecho de peticion queja radicado 4653872026
8	8.REALIZAR ACOMPAÑAMIENTO Y GESTION A LAS ACTIVIDADES RELACIONADAS CON LOS PROCESOS DE ACREDITACION DESDE LA SUBGERENCIA DE PRESTACION DE SERVICIOS DE SALUD. -Gestionar y liderar mesa de acreditación para sedes integradas en Red
9	9.SEGUIMIENTO A IMPLEMENTACION DE LA RESOLUCION 2275 DE 2023, VALIDACION Y CONFIRMACION DE LA EXISTENCIA DE CAMPOS NORMATIVOS EN SISTEMA DE INFORMACION DINAMICA WEB PARA REGISTROS ASISTENCIALES VALIDAR CON LOS LIDERES DE PROCESO LA CALIDAD DEL DATO REGISTRADO Y SEGUIMIENTO A LA IMPLEMENTACION DE MAPAS DE CAMAS Y MESAS DE TRABAJO CON ENFERMERIA PARA EL USO CORRECTO A) ASEGURAR EN CONJUNTO LOS DIRECTORES DE SERVICIOS ASISTENCIALES QUE SE CUENTE CON LA ACTUALIZACION DEL REPS SEGUN LOS SERVICIOS PRESTADOS VS HABILITADOS. -Esta actividad no se programo para este periodo
10	10.REALIZAR SEGUIMIENTO A LOS RESULTADOS DEL PLAN DE GESTION GERENCIAL, CONSOLIDADO DE LA INFORMACION Y ENTREGA DE FICHAS TECNICAS A CARGO DE LA SUBGERENCIA. -Esta actividad no se programo para este periodo
11	11.REALIZAR SEGUIMIENTO Y ENTREGA DE LOS RESULTADOS DEL PLAN OPERATIVO ANUAL -Esta actividad no se programo para este periodo
12	12 MANTENER ACTUALIZADA LA MATRIZ DE CONTROL Y SEGUIMIENTO PARA EL CUMPLIMIENTO DE LOS REQUISITOS DE HABILITACION CONTENIDAS EN EL FORMATO DE NECESIDAD DE PERSONAL QUE HACE PARTE INTEGRAL DEL PRESENTE CONTRATO. -Esta actividad no se programo para este periodo

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° 89142004	OPERADOR:	MI PLANILLA

CONCEPTO DEL PAGO	ENTIDAD	FECHA DE PAGO	VALOR PAGADO
SALUD:	COMPENSAR	2026/07/10	$ 449.000
PENSIÓN:	COLFONDOS	2026/07/10	$ 574.800
RIESGOS LABORALES:	SURA	2026/07/10	$ 87.600
OTRO			
TOTAL PAGADO			$ 1.111.400

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	*PAULA MARCELA SANCHEZ HERRERA* *PS_2789_2026_EEFDB9* **PAULA MARCELA SANCHEZ HERRERA** **CC: 1019018983**
FIRMA DE QUIEN CONVALIDA EL CUMPLIMIENTO DE LAS OBLIGACIONES PARA EL PRESENTE PERIODO DE PAGO	*ELIANA IVONT HURTADO SEPÚLVEDA* *PS_2789_2026_EEFDB9* **ELIANA IVONT HURTADO SEPÚLVEDA** **SUPERVISOR DEL CONTRATO**