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:	**LORENA VARELA COBOS**			**CC:**	**1073674916**
CORREO ELECTRÓNICO:	**VARELACOBOSLORENA@GMAIL.COM**			**TELÉFONO:**	**3144006929**
DIRECCIÓN DOMICILIO:	**CL4A 6A 90**			**CIUDAD:**	**BOGOTA**
BANCO AL CUAL CONSIGNAR:	**BANCO CAJA SOCIAL**	**TIPO DE CUENTA:**	**AHORROS**	**N° CUENTA:**	**24144851863**
DATOS DEL CONTRATO O ADICION Y PERIODO OBJETO DE PAGO					
Nº DEL CONTRATO:	**PS 1980 2026**	**VALOR CORRESPONDIENTE AL PERIODO OBJETO DE COBRO**			**$ 2.328.120**
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**				

LORENA VARELA COBOS
PS_1980_2026_A004E9

NOMBRE Y FIRMA DEL CONTRATISTA:
LORENA VARELA COBOS
CC: 1073674916
CEL: 3144006929

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			
LORENA VARELA COBOS			
	CON C.C N°	**1.073.674.916**	
OBJETO DEL CONTRATO:	PRESTAR SERVICIOS COMO BACHILLER APOYO A LA GESTION I PARA DESARROLLAR ACTIVIDADES EN LA OFICINA DE PARTICIPACION COMUNITARIA Y SERVICIO AL CIUDADANO DE LA SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E.		
CONTRATO DE PRESTACION DE SERVICIOS PROFESIONALES No.	**PS 1980 2026**	**FECHA INICIO CONTRATO**	**2026/02/03**
VALOR INICIAL DEL CONTRATO	$ 9.312.480	**No. HORAS EJECUTADAS**	**0**
VALOR TOTAL DEL CONTRATO INCLUIDO ADICIONES:	$ 16.130.546	**VALOR DE HONORARIOS PERÍODO A CERTIFICAR:**	$ 2.328.120
PLAZO DEL CONTRATO INCLUYENDO PRORROGAS	SIETE (7) MESES		
UNIDAD FUNCIONAL DE EJECUCIÓN DE ACTIVIDADES:	HOSPITAL SANTA CLARA		
NOMBRE DEL SUPERVISOR:	ZULMA JANNETH LÓPEZ CUBIDES		

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.Desarrollar los procesos de educación, orientación, direccionamiento e información a los usuarios de manera clara y oportuna conforme a los lineamientos técnicos y administrativos definidos por la oficina de participación comunitaria y servicio a la ciudadanía dando mas de 3220 orientaciones en el mes de agosto del 2026.
2	2. Gestionar el acceso de los usuarios a los servicios, llevando a cabo procesos de orientación en procedimientos de aseguramiento, gestión de pqrs y portafolio de servicios dando acceso a mas 290 usuarios al día, en el mes de agosto del 2026.
3	3. Realizar encuestas y aplicación de formatos a los usuarios de acuerdo a los protocolos y metas establecidas por la oficina de participación comunitaria y servicio al ciudadano con un total de 17 y 30 caracterizaciones al usuario realizadas en el mes de agosto del 2026.
4	4. Realizar sesiones educativas en salas de espera de acuerdo al cronograma establecido, registrando las atenciones en el aplicativo si cuéntanos Bogotá conforme a los lineamientos establecidos por la oficina de participación comunitaria y servicio al ciudadano, realizando el registro en los formatos establecidos con un total de 42 encuestas realizadas en el mes de agosto del 2026.
5	5. Registrar de manera oportuna y completa la información en el sistema de información institucional si cuéntanos sobre las atenciones individuales y barreras de acceso identificadas durante la gestión diaria, con el fin de evaluar las dificultades de accesibilidad que pueden presentar los usuarios en los servicios de salud según meta establecida. y conforme a los lineamientos técnicos y administrativos definidos por la oficina de participación comunitaria, con un total de 105 registrados en el mes de agosto del 2026.
6	6. Desarrollar los talleres pedagógicos según el cronograma y metodología establecida en los manuales y protocolos institucionales vigentes con un total de 4 talleres pedagógicos en el mes de agosto del 2026.
7	7. Entregar los soportes de la gestión realizada de acuerdo a los lineamientos establecidos por la lineamientos técnicos y administrativos definidos por la oficina de participación comunitaria y servicio al ciudadano dando finalización con un 100% de estrega en el mes de agosto 2026.
8	8. Apoyar la consulta en el sistema de dinámica gerencial, con el fin de llevar a cabo consulta de agendamiento de citas médicas y actualización de datos cuando el usuario así lo requiera con una asignación de 935 citas del mes de agosto del 2026.
9	9. Apoyar a la subred integrada de servicios de salud centro oriente e.s.e. en el diseño e implementación de estrategias de promoción de derechos y deberes de la ciudadanía, así como de los canales de interacción con la entidad.
10	10. Garantizar la reserva, confidencialidad, privacidad y protección de los datos personales e información de los pacientes y usuarios, dando cumplimiento a la normatividad vigente y a los protocolos internos de la subred, dando garantía servicio y seriedad en el proceso.

11	11. Participar en reuniones, espacios de fortalecimiento, capacitaciones y actividades convocadas por la oficina de participación comunitaria y servicio al ciudadano y/o por la subred integrada de servicios de salud centro oriente e.s.e. en un total de 1 reunion en el mes de agosto, efectuada el día 27/08/2026.
12	12. Apoyar los subprocesos de la oficina de participación comunitaria y servicio al ciudadano, de acuerdo con las necesidades del servicio y en concordancia con el objeto contractual.
13	13. Cumplir con las obligaciones contractuales dentro de los tiempos y condiciones requeridos, de acuerdo con las necesidades del servicio en los centros de salud y hospitales que conforman la subred, conforme al perfil definido.
14	14. Portar de manera visible los elementos de identificación institucional y mantener una adecuada presentación personal, en cumplimiento de los manuales y lineamientos institucionales.
15	15. Cumplir las demás obligaciones que se deriven directamente del 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 (2026-08-01) AL (2026-08-31)

IV. INFORMACIÓN DE APORTES A SEGURIDAD SOCIAL

No. DE PLANILLA:	N° 9508143395	OPERADOR:	APORTES EN LINEA

CONCEPTO DEL PAGO	ENTIDAD	FECHA DE PAGO	VALOR PAGADO
SALUD:	SURA	2026/08/27	$ 222.400
PENSIÓN:	COLPENSIONES	2026/08/27	$ 284.700
RIESGOS LABORALES:	POSITIVA	2026/08/27	$ 43.400
OTRO			
TOTAL PAGADO			$ 550.500

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	*LORENA VARELA COBOS* *PS_1980_2026_A004E9* **LORENA VARELA COBOS** **CC: 1073674916**

FIRMA DE QUIEN VALIDA	*MARÍA CAROLINA PINILLA JIMÉNEZ* *PS_1980_2026_A004E9* **MARÍA CAROLINA PINILLA JIMÉNEZ** **SUPERVISOR ALTERNO**
FIRMA DE QUIEN CONVALIDA EL CUMPLIMIENTO DE LAS OBLIGACIONES PARA EL PRESENTE PERIODO DE PAGO	*ZULMA JANNETH LÓPEZ CUBIDES* *PS_1980_2026_A004E9* **ZULMA JANNETH LÓPEZ CUBIDES** **SUPERVISOR DEL CONTRATO**