**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:** | **ANGIE YERALDINE PARRA PEÑA** | | | **CC:** | **1033731526** |
| **CORREO ELECTRÓNICO:** | **A.N-GIE0117@HOTMAIL.COM** | | | **TELÉFONO:** | **3114495426** |
| **DIRECCIÓN DOMICILIO:** | **CL 48 A SUR 5 32** | | | **CIUDAD:** | **BOGOTA** |
| **BANCO AL CUAL CONSIGNAR:** | **BANCO DAVIVIENDA S.A.** | **TIPO DE CUENTA:** | **AHORROS** | **N° CUENTA:** | **488437348136** |
| **DATOS DEL CONTRATO O ADICION Y PERIODO OBJETO DE PAGO** | | | | | |
| **Nº DEL CONTRATO:** | **PS 1937 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** | | | | |

*ANGIE YERALDINE PARRA PEÑA*
*PS_1937_2026_2F83FD*

**NOMBRE Y FIRMA DEL CONTRATISTA:**
**ANGIE YERALDINE PARRA PEÑA**
**CC: 1033731526**
**CEL: 3114495426**

| | | |
|---|---|---|
| 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**<br>**APOYO - GESTION DE CONTRATACIÓN**<br>**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<br>**VERSIÓN:** 2<br>**FECHA:** 2025-06-09 |

| | | | |
|---|---|---|---|
| **CELEBRADO ENTRE LA SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E Y** | | | |
| **ANGIE YERALDINE PARRA PEÑA** | | | |
| | **CON C.C N°** | **1.033.731.526** | |
| **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 1937 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:** | CENTRO DE SALUD PERSEVERANCIA | | |
| **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**<br>**(Deben ser coherentes con las obligaciones específicas del contrato realizadas durante el mes)** |
|---|---|
| 1 | Se desarrollaron procesos de educación, orientación y direccionamiento a usuarios, mediante la realización de 26 charlas en sala de espera sobre política institucional, portafolio de servicios, segunda opinión, canales de asignación de citas y derechos y deberes, así como la orientación individual a 312 usuarios durante el periodo reportado.<br>Las actividades se ejecutaron conforme a los lineamientos técnicos y administrativos definidos por la Oficina de Participación Comunitaria y Servicio al Ciudadano, dejando registro en los formatos y aplicativos correspondientes. |
| 2 | Se gestionó el acceso a los servicios de salud mediante la verificación de un promedio de 6000 usuarios en los aplicativos Comprobadores de Derechos, DNP, ADRES y georreferenciador, facilitando su ingreso oportuno a los servicios.<br>Así mismo, se brindó orientación a 6000 usuarios en temas de aseguramiento, portafolio de servicios y presentación de inconformidades, informando sobre los canales disponibles para la radicación de PQRS (presencial, telefónico y virtual a través del Sistema Distrital de Quejas y Soluciones SDQS), garantizando respuesta clara y oportuna a sus requerimientos. |
| 3 | Se aplicaron y registraron en los enlaces institucionales establecidos por la Subred Centro Oriente un total de 23 encuestas, distribuidas así: 5 de derechos y deberes a usuarios, 5 a funcionarios, 8 sobre portafolio de servicios, de caracterización y 5 de evaluación a funcionarios, dando cumplimiento a los protocolos y metas definidas por la Oficina. |
| 4 | Se realizaron 312 sesiones educativas en salas de espera, en cumplimiento del cronograma establecido. Cada sesión fue registrada oportunamente en el aplicativo Sí Cuéntanos Bogotá como orientación grupal y en los formatos institucionales definidos, conforme a los lineamientos técnicos y administrativos de la Oficina. |
| 5 | Se identificaron las barreras de acceso de los usuarios y se registraron en la plataforma Cuéntanos Bogotá, brindando orientación a 96 usuarios de la Secretaría de Salud. Se destaca que todas las barreras registradas recibieron una solución oportuna, cerrándose el 100% de los casos. |
| 6 | Se realizaron 2 talleres pedagógicos mensuales, en cumplimiento del cronograma establecido y conforme a la metodología definida en los manuales y protocolos institucionales vigentes, dejando los respectivos soportes de ejecución. |
| 7 | Se consolidaron y entregaron mensualmente los soportes de la gestión realizada, correspondientes a charlas, encuestas y caracterizaciones, debidamente diligenciados y con la información registrada en los enlaces institucionales establecidos, conforme a los lineamientos técnicos y administrativos definidos por la Oficina. |
| 8 | Se apoyó la consulta en el sistema Dinámica Gerencial para la asignación de citas médicas a 1268 usuarios, verificando y actualizando datos cuando fue requerido. Durante el proceso, se tuvo en cuenta el lugar de residencia de cada usuario, con el fin de facilitar su acceso a los diferentes centros de salud y hospitales de la Subred Centro Oriente. |
| 9 | Se apoyó la implementación de estrategias de promoción de derechos y deberes, brindando orientación y capacitación a 312 usuarios en la Unidad, incluyendo la socialización de los canales de interacción y escucha institucional.<br>Durante las jornadas se informó sobre el rol y funciones del Defensor del Usuario de la Subred Centro Oriente, así como la disponibilidad del área de Atención al Usuario para la orientación, direccionamiento y gestión de dificultades, conforme a los lineamientos institucionales. |
| 10 | Se garantizó la reserva, confidencialidad y adecuada protección de los datos personales de los usuarios durante la gestión y registro de la información en los diferentes aplicativos institucionales, incluido el sistema Dinámica para la asignación de 1168 citas, dando cumplimiento a la normatividad vigente y a los protocolos internos de la Subred. |
| 11 | Se participó en los espacios convocados por la Oficina de Participación Comunitaria y Servicio al Ciudadano, incluyendo la reunión mensual de fortalecimiento realizada el 27 agosto de a las 2:00 p.m. en 5:00PM , así como la reunión mensual de seguimiento de Servicio al Ciudadano, dando cumplimiento a las directrices institucionales. |

| | |
|---|---|
| 12 | Se brindó apoyo en los diferentes subprocesos de la Oficina de Participación Comunitaria y Servicio al Ciudadano, ejecutando las actividades requeridas conforme a las necesidades del servicio y en concordancia con el objeto contractual. |
| 13 | Se dio cumplimiento oportuno a las obligaciones contractuales asignadas, desarrollando las actividades dentro de los tiempos establecidos y realizando el respectivo registro en los aplicativos institucionales, conforme a las necesidades del servicio en los centros de salud y hospitales de la Subred. |
| 14 | Se portaron de manera visible los elementos de identificación institucional (carné y chaqueta) suministrados por la Subred Integrada de Servicios de Salud Centro Oriente E.S.E., manteniendo adecuada presentación personal, conforme a los manuales y lineamientos institucionales vigentes. |
| 15 | Se dio cumplimiento a las demás obligaciones derivadas directamente del objeto contractual, ejecutando las actividades requeridas conforme a las necesidades del servicio y a lo establecido en el Formato de Necesidad de Personal que hace parte integral del 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° 1083646736 | OPERADOR: | SIMPLE |

| CONCEPTO DEL PAGO | ENTIDAD | FECHA DE PAGO | VALOR PAGADO |
|---|---|---|---|
| SALUD: | CAPITAL SALUD | 2026/08/24 | $ 218.900 |
| PENSIÓN: | PORVENIR | 2026/08/24 | $ 280.200 |
| RIESGOS LABORALES: | POSITIVA | 2026/08/24 | $ 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** | *ANGIE YERALDINE PARRA PEÑA*<br>*PS_1937_2026_2F83FD*<br>**ANGIE YERALDINE PARRA PEÑA**<br>**CC: 1033731526** |
| **FIRMA DE QUIEN VALIDA** | *MARÍA CAROLINA PINILLA JIMÉNEZ*<br>*PS_1937_2026_2F83FD*<br>**MARÍA CAROLINA PINILLA JIMÉNEZ**<br>**SUPERVISOR ALTERNO** |

| | |
|---|---|
| **FIRMA DE QUIEN CONVALIDA EL CUMPLIMIENTO DE LAS OBLIGACIONES PARA EL PRESENTE PERIODO DE PAGO** |  *ZULMA JANNETH LÓPEZ CUBIDES*<br>*PS_1937_2026_2F83FD*<br>**ZULMA JANNETH LÓPEZ CUBIDES**<br>**SUPERVISOR DEL CONTRATO** |