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:	**MARIA ALEJANDRA ACOSTA PACHON**			**CC:**	**1032501653**
CORREO ELECTRÓNICO:	**MACOSTA@FUCSALUD.EDU.CO**			**TELÉFONO:**	**3123031360**
DIRECCIÓN DOMICILIO:	**AV CL 3RA 32 80**			**CIUDAD:**	**BOGOTA**
BANCO AL CUAL CONSIGNAR:	**BANCO CAJA SOCIAL**	**TIPO DE CUENTA:**	**AHORROS**	**N° CUENTA:**	**24087855311**
DATOS DEL CONTRATO O ADICION Y PERIODO OBJETO DE PAGO					
Nº DEL CONTRATO:	**PS 4677 2026**	**VALOR CORRESPONDIENTE AL PERIODO OBJETO DE COBRO**			**$ 5.413.094**
FECHA DE INICIO CONTRATO	**2026/08/06**	**FECHA DE TERMINACIÓN CONTRATO:**			**2026/08/31**
PERIODO OBJETO DE COBRO:	**DEL 2026/08/06 AL 2026/08/31**				

MARIA ALEJANDRA ACOSTA PACHON
PS_4677_2026_805D7E

NOMBRE Y FIRMA DEL CONTRATISTA:
MARIA ALEJANDRA ACOSTA PACHON
CC: 1032501653
CEL: 3123031360

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			
MARIA ALEJANDRA ACOSTA PACHON			
	CON C.C N°	**1.032.501.653**	
OBJETO DEL CONTRATO:	PRESTAR SERVICIOS COMO ENFERMERO A PARA DESARROLLAR ACTIVIDADES EN LA DIRECCION DE SERVICIOS AMBULATORIOS DE LA SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS EN SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E. EBS DE MINISTERIO DE SALUD Y PROTECCION SOCIAL SEGUN RESOLUCION 711 24 04 2025.		
CONTRATO DE PRESTACION DE SERVICIOS PROFESIONALES No.	**PS 4677 2026**	**FECHA INICIO CONTRATO**	**2026/08/06**
VALOR INICIAL DEL CONTRATO	$ 5.600.052	**No. HORAS EJECUTADAS**	**166**
VALOR TOTAL DEL CONTRATO INCLUIDO ADICIONES:	$ 5.600.052	**VALOR DE HONORARIOS PERÍODO A CERTIFICAR:**	$ 5.413.094
PLAZO DEL CONTRATO INCLUYENDO PRORROGAS	VEINTIOCHO (28) DIAS		
UNIDAD FUNCIONAL DE EJECUCIÓN DE ACTIVIDADES:	HOSPITAL SANTA CLARA		
NOMBRE DEL SUPERVISOR:	LUZ MARINA HERNANDEZ HERNANDEZ		

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	PARTICIPE EN LAS ACTIVIDADES, CAPACITACIONES TEÓRICAS, JORNADAS PRÁCTICAS EN TERRENO, ENTREGAS DE INSUMOS Y GESTIONES DURANTE ESTE PERIODO.
2	INCORPORE Y ADQUIRI COMPETENCIAS EN LAS PLATAFORMAS INSTITUCIONALES.
3	REALICE Y APROBE DENTRO DEL PROCESO DE APROPIACIÓN LOS CURSOS DE MAS BIENESTAR E INDUCCIÓN INSTITUCIONAL
4	PARTICIPE NE LAS CONVOCATORIAS COMO COMITE GENERAL Y CAPACAITACIÓN EN LA SECRETARIA DISTRITTAL DE SALUD
5	PARTICIPE EN LOS PROCESOS DE INDUCCCIÓN EN LOS CUALES SE ABORADARON ENTRE OTRAS TEMATICAS: LINEAMIENTOS OPERATIVOS EQUIPOS BASICOS DE SALUD - EBS, OBLIGACIONES CONTRACTUALES, REGISTRO INFORMACION Y MANEJO DE BASES DE DATOS (APLICATIVO GTAPS, SI-APS), REGISTRO INFORMACION Y CARGUE DE LA MISMA POR FACTURACION Y AGENDAMIENTO, CANALIZACIONES, LINEAMIENTOS OPERATIVOS EBS POR LOS GEOGRAFOS -APROPIACION TERRITORIAL, RESOLUCION 3280/2018, RIAS, GESTION INTEGRAL DEL RIESGO, SIVIGILA, COHORTES.
6	PARTICIPE EN LA CAPACITACION SOBRE LA DISTRIBUCIÓN DE LOS EQUIPOS, LOCALIDAD Y MICROTERRITORIO ASIGNADO PARA INICIAR ACTIVIDADES EXTRAMURALES.
7	RECIBI LOS ELEMENTOS DE IDENTIFICACIÓN INSTITUCIONAL (CHALECO, GORRA Y CARNE
8	REALICE INDUCCIÓN EN TERRITORIO LOCALIDAD DE RAFAEL URIBE

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 (2026-08-06) AL (2026-08-31)

IV. INFORMACIÓN DE APORTES A SEGURIDAD SOCIAL

No. DE PLANILLA:	N°	OPERADOR:	
CONCEPTO DEL PAGO	ENTIDAD	FECHA DE PAGO	VALOR PAGADO

SALUD:	SANITAS		$ 0
PENSIÓN:	COLPENSIONES		$ 0
RIESGOS LABORALES:	SURA		$ 0
OTRO			
TOTAL PAGADO			$ 0

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	*MARIA ALEJANDRA ACOSTA PACHON* *PS_4677_2026_805D7E* **MARIA ALEJANDRA ACOSTA PACHON** **CC: 1032501653**
FIRMA DE QUIEN CONVALIDA EL CUMPLIMIENTO DE LAS OBLIGACIONES PARA EL PRESENTE PERIODO DE PAGO	*LUZ MARINA HERNANDEZ HERNANDEZ* *PS_4677_2026_805D7E* **LUZ MARINA HERNANDEZ HERNANDEZ** **SUPERVISOR DEL CONTRATO**