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 ELIZABETH ACOSTA HERNANDEZ**			**CC:**	**51891463**
CORREO ELECTRÓNICO:	**LIZTEILOR18@GMAIL.COM**			**TELÉFONO:**	**3144405321**
DIRECCIÓN DOMICILIO:	**CL 69 SUR 8C 16**			**CIUDAD:**	**BOGOTA**
BANCO AL CUAL CONSIGNAR:	**BANCO DAVIVIENDA S.A.**	**TIPO DE CUENTA:**	**AHORROS**	**N° CUENTA:**	**008480295974**
DATOS DEL CONTRATO O ADICION Y PERIODO OBJETO DE PAGO					
Nº DEL CONTRATO:	**PS 1006 2026**	**VALOR CORRESPONDIENTE AL PERIODO OBJETO DE COBRO**			**$ 2.328.120**
FECHA DE INICIO CONTRATO	**2026/02/01**	**FECHA DE TERMINACIÓN CONTRATO:**			**2026/08/31**
PERIODO OBJETO DE COBRO:	**DEL 2026/08/01 AL 2026/08/31**				

MARIA ELIZABETH ACOSTA HERNANDEZ
PS_1006_2026_8667FE

NOMBRE Y FIRMA DEL CONTRATISTA:
MARIA ELIZABETH ACOSTA HERNANDEZ
CC: 51891463
CEL: 3144405321

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			
MARIA ELIZABETH ACOSTA HERNANDEZ			
	CON C.C N°	**51.891.463**	
OBJETO DEL CONTRATO:	PRESTAR SERVICIOS COMO BACHILLER APOYO A LA GESTION I PARA DESARROLLAR ACTIVIDADES EN LA DIRECCION DE CONTRATACION DE LA SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E.		
CONTRATO DE PRESTACION DE SERVICIOS PROFESIONALES No.	**PS 1006 2026**	**FECHA INICIO CONTRATO**	**2026/02/01**
VALOR INICIAL DEL CONTRATO	$ 9.312.480	**No. HORAS EJECUTADAS**	**0**
VALOR TOTAL DEL CONTRATO INCLUIDO ADICIONES:	$ 16.296.840	**VALOR DE HONORARIOS PERÍODO A CERTIFICAR:**	$ 2.328.120
PLAZO DEL CONTRATO INCLUYENDO PRORROGAS	SIETE (7) MESES		
UNIDAD FUNCIONAL DE EJECUCIÓN DE ACTIVIDADES:	SEDE ADMINISTRATIVA DIAGONAL 34		
NOMBRE DEL SUPERVISOR:	CARMENZA JAIMINA MANOTAS BUENO		

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	*Apoyo al archivo de Dirección de Contratación del proceso OPS realizando las siguientes actividades: Se apoya con la consulta de documentos y se hacer prestamo de los mismos, de los años 2019.2020,2021,2022,2023,2024 y 2025, para dar las repuestas de algisalud y otros entes de control, se hace selección y separacion númerica de las cuentas de cobro para archivar de los años 2023, 2024 2025.
2	* Se atiende solicitudes de consulta y préstamo de carpetas y documentos de los contratos de Prestación de Servicios de la Dirección de Contratación.
3	* Se recepcionan solicitudes del prestamo de documentos como carpetas de las cuentas de cobro que implica el desplazamiento al archivo de la unidad de la perseverancia, san blas y lomas donde se encuentran árchivos de los años 2019, 2020.2021 y 2022.
4	* Actualizat la base de datos formato (FUID), el cual se hace paulatinamente de acuerdo a la existencia de cajas , carpetas y ganchos para legajar.
5	* Rotulacion, identificacion y marcación de carpetas y cajas de almacenamiento de las cuentas de cobro de cada contratista y documentos, apertura de nuevo espacios para el almacenamiento de los contratos de OPS .
6	* Revision de correo institucional para recepción y envio de solicitudes de prestamos de docimentos de las cuentas de cobro y de más documentos de contratistas adeacuerdo a ñas solicitudes.
7	* Se reciben formatos de liberacion de saldos presupuestales comprometidos y no ejecutados, Terminaciones contractuales de OPS de 2023, 2024, 2025 y 2026 se hace desplazamiento para el centro lomas donde se encuntran las cuentas de cobro de los años 2021 y 2022 quedando pendiente la organizacion por orden cronologico de las cajas, por falta de personal y de elementos como: cajas X 200, quedando pendiente el traslado de las cajas de las cuentas de cobro del año 2023 hasta nueva orden.

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° 86954303	OPERADOR:	ENLACE OPERATIVO
CONCEPTO DEL PAGO	ENTIDAD	FECHA DE PAGO	VALOR PAGADO
SALUD:	COMPENSAR	2026/08/18	$ 218.900

PENSIÓN:	COLPENSIONES	2026/08/18	$ 280.200
RIESGOS LABORALES:	SURA	2026/08/18	$ 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	*MARIA ELIZABETH ACOSTA HERNANDEZ* *PS_1006_2026_8667FE* **MARIA ELIZABETH ACOSTA HERNANDEZ** **CC: 51891463**
FIRMA DE QUIEN CONVALIDA EL CUMPLIMIENTO DE LAS OBLIGACIONES PARA EL PRESENTE PERIODO DE PAGO	*CARMENZA JAIMINA MANOTAS BUENO* *PS_1006_2026_8667FE* **CARMENZA JAIMINA MANOTAS BUENO** **SUPERVISOR DEL CONTRATO**