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:	**DAYANA ESTEFANIA PULECIO BURGOS**			**CC:**	**1000575031**
CORREO ELECTRÓNICO:	**STEFANIABURGOS051318@GMAIL.COM**			**TELÉFONO:**	**3228027782**
DIRECCIÓN DOMICILIO:	**CL 50 SUR 95A 81**			**CIUDAD:**	**BOGOTA**
BANCO AL CUAL CONSIGNAR:	**BANCO DAVIVIENDA S.A.**	**TIPO DE CUENTA:**	**AHORROS**	**N° CUENTA:**	**478900094804**
DATOS DEL CONTRATO O ADICION Y PERIODO OBJETO DE PAGO					
Nº DEL CONTRATO:	**PS 3031 2026**	**VALOR CORRESPONDIENTE AL PERIODO OBJETO DE COBRO**			**$ 2.428.120**
FECHA DE INICIO CONTRATO	**2026/02/02**	**FECHA DE TERMINACIÓN CONTRATO:**			**2026/08/31**
PERIODO OBJETO DE COBRO:	**DEL 2026/08/01 AL 2026/08/31**				

DAYANA ESTEFANIA PULECIO BURGOS
PS_3031_2026_36E4DB

NOMBRE Y FIRMA DEL CONTRATISTA:
DAYANA ESTEFANIA PULECIO BURGOS
CC: 1000575031
CEL: 3228027782

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			
DAYANA ESTEFANIA PULECIO BURGOS			
	CON C.C N°	**1.000.575.031**	
OBJETO DEL CONTRATO:	PRESTAR SERVICIOS COMO BACHILLER APOYO A LA GESTION II PARA DESARROLLAR ACTIVIDADES EN LA DIRECCION ADMINISTRATIVA DE LA SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E.		
CONTRATO DE PRESTACION DE SERVICIOS PROFESIONALES No.	**PS 3031 2026**	**FECHA INICIO CONTRATO**	**2026/02/02**
VALOR INICIAL DEL CONTRATO	$ 9.712.480	**No. HORAS EJECUTADAS**	**0**
VALOR TOTAL DEL CONTRATO INCLUIDO ADICIONES:	$ 16.910.121	**VALOR DE HONORARIOS PERÍODO A CERTIFICAR:**	$ 2.428.120
PLAZO DEL CONTRATO INCLUYENDO PRORROGAS	SIETE (7) MESES		
UNIDAD FUNCIONAL DE EJECUCIÓN DE ACTIVIDADES:	HOSPITAL SANTA CLARA		
NOMBRE DEL SUPERVISOR:	MARIA LORENA ROJAS VAN STRAHLEN		

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. ENTREGAR LOS BIENES DE PROPIEDAD, PLANTA Y EQUIPO ADQUIRIDOS A LAS DIFERENTES ÁREAS TANTO ASISTENCIALES COMO ADMINISTRATIVAS VERIFICANDO SU ESTADO CON EL FIN DE LLEVAR UN CONTROL Y SEGUIMIENTO.
2	2. PREPARAR LAS RESPUESTAS PERTINENTES A LOS OFICIOS RECIBIDOS DE LAS DIFERENTES ÁREAS DE MESA DE AYUDA CON EL FIN DE BRINDAR SOLUCIONES.
3	3. MANTENER ACTUALIZADOS Y ORGANIZADOS LOS DOCUMENTOS LLEVANDO UN SOPORTE DE LOS ACTIVOS CON EL PROPÓSITO DE CUMPLIR CON LA POLÍTICA INSTITUCIONAL PARA EL MANEJO DE LOS BIENES.
4	4. MANTENER ACTUALIZADO EL SISTEMA DE INFORMACIÓN CON LO BIENES ENTREGADOS Y TRASLADOS IDENTIFICANDO EL RESPECTIVO RESPONSABLE LLEVANDO UN CONTROL Y SEGUIMIENTO.
5	5. REALIZAR TRASLADOS ENTRE UNIDADES: SANTA CLARA, VICTORIA,SAN BLAS ,JORGE ELIECER GAITAN ETC... SOLICITADOS POR MESA DE AYUDA
6	6. REALIZAR CAPACITACIONES EN MIS UNIDADES EXPLICANDO A LOS COLABORADORES COMO SOLICITAR UN REQUERIMIENTO PASO A PASO DE MESA DE AYUDA.
7	7. TOMA DE INVENTARIO UNIDAD CHIRCALES

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° 93786465	OPERADOR:	MI PLANILLA

CONCEPTO DEL PAGO	ENTIDAD	FECHA DE PAGO	VALOR PAGADO
SALUD:	FAMISANAR	2026/08/11	$ 218.900
PENSIÓN:	COLPENSIONES	2026/08/11	$ 280.200
RIESGOS LABORALES:	SEGUROS BOLIVAR	2026/08/11	$ 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	*DAYANA ESTEFANIA PULECIO BURGOS* *PS_3031_2026_36E4DB* **DAYANA ESTEFANIA PULECIO BURGOS** **CC: 1000575031**
FIRMA DE QUIEN CONVALIDA EL CUMPLIMIENTO DE LAS OBLIGACIONES PARA EL PRESENTE PERIODO DE PAGO	*MARIA LORENA ROJAS VAN STRAHLEN* *PS_3031_2026_36E4DB* **MARIA LORENA ROJAS VAN STRAHLEN** **SUPERVISOR DEL CONTRATO**