**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: (30-09-2026)** | | | | | |
| **NOMBRES Y APELLIDOS:** | **ANDRES FELIPE LOPEZ OCAMPO** | | | **CC:** | **71783276** |
| **CORREO ELECTRÓNICO:** | **AFLO23@HOTMAIL.COM** | | | **TELÉFONO:** | **3143718234** |
| **DIRECCIÓN DOMICILIO:** | **DG 60 A BIS SUR 75 I 23** | | | **CIUDAD:** | **BOGOTA** |
| **BANCO AL CUAL CONSIGNAR:** | **BANCO DAVIVIENDA S.A.** | **TIPO DE CUENTA:** | **AHORROS** | **N° CUENTA:** | **008480265803** |
| **DATOS DEL CONTRATO O ADICION Y PERIODO OBJETO DE PAGO** | | | | | |
| **Nº DEL CONTRATO:** | **PS 1956 2026** | **VALOR CORRESPONDIENTE AL PERIODO OBJETO DE COBRO** | | | **$ 2.328.120** |
| **FECHA DE INICIO CONTRATO** | **2026/02/03** | **FECHA DE TERMINACIÓN CONTRATO:** | | | **2026/10/31** |
| **PERIODO OBJETO DE COBRO:** | **DEL 2026/09/01 AL 2026/09/30** | | | | |

*ANDRES FELIPE LOPEZ OCAMPO*
*PS_1956_2026_A414BC*

**NOMBRE Y FIRMA DEL CONTRATISTA:**
**ANDRES FELIPE LOPEZ OCAMPO**
**CC: 71783276**
**CEL: 3143718234**

| | | |
|---|---|---|
| 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** | | | |
| **ANDRES FELIPE LOPEZ OCAMPO** | | | |
| | **CON C.C N°** | **71.783.276** | |
| **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 1956 2026** | **FECHA INICIO CONTRATO** | **2026/02/03** |
| **VALOR INICIAL DEL CONTRATO** | $ 9.312.480 | **No. HORAS EJECUTADAS** | **0** |
| **VALOR TOTAL DEL CONTRATO INCLUIDO ADICIONES:** | $ 20.786.786 | **VALOR DE HONORARIOS PERÍODO A CERTIFICAR:** | $ 2.328.120 |
| **PLAZO DEL CONTRATO INCLUYENDO PRORROGAS** | NUEVE (9) MESES | | |
| **UNIDAD FUNCIONAL DE EJECUCIÓN DE ACTIVIDADES:** | CENTRO DE SALUD PRIMERO DE MAYO | | |
| **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 | DESDE LA UNIDAD DE CHIRCALES SE GESTIONA EL ACCESO A 6.750 USUARIOS A LOS DIFERENTES SERVICIOS DEL CENTRO DE SALUD DE CHIRCALES, TENIENDO EN CUENTA LOS MANUALES Y PROTOCOLOS INSTITUCIONALES VIGENTES. |
| 2 | SE ORIENTA A CADA UNO DE LOS 6,750 USUARIOS EN PROCEDIMIENTOS DE ASEGURAMIENTO, PQRS Y VINCULACION AL SGSSS QUE LO REQUIERAN |
| 3 | EN EL PROCESO DE ASIGNACION DE CITAS SE VERIFICAN A LOS USUARIOS EN BASES DE DATOS (COMPROBADOR DE DERECHOS, DNP, ADRES, GEOREFERENCIADOR). |
| 4 | REALICE LAS 5 ENCUESTAS DE ADHERENCIA DE DERECHOS Y DEBERES ASIGNADAS DE USUARIOS, 5 COLABORADORES Y TERCERIZADOS, ASI COMO LAS 15 ENCUESTAS DE PORTAFLIO DE SERVICIOS Y LA 15 CAPACITACION A COLABORADORES EN LOS DOS TEMAS CORRESPONDIENTES DEL MES EN CADA UNO DE LOS FORMATOS ESTABLECIDOS Y LAS METAS ESTABLECIDAS. |
| 5 | DE MANERA DIARIA REALIZO A 24 USUARIOS LA CAPACITACION EN LAS SESIONES EDUCATIVAS EN LA SALA DE ESPERA DEL CENTRO DE SALUD CHIRCALES DE ACUERDO AL CRONOGRAMA Y FORMATO ESTABLECIDO, Y REGISTRO EN EL APLICATIVO DE SI CUENTANOS DE LAS DOS CAPACITACIONES GRUPALES DIARIAS REALIZADAS EN SALA. |
| 6 | DE MANERA DIARIA REALIZO CINCO REGISTROS EN EL APLICATIVO DE SI CUENTANOS BOGOTA DE 100 ATENCIONES INDIVIDUALES Y DE BARRERAS DE ACCESO IDENTIFICADAS DURANTE LA GESTION DIARIA, CON EL FIN DE EVALUAR LAS DIFICULTADES DE ACCESIBILIDAD QUE PUEDEN PRESENTAR LOS USUARIOS EN LOS SERVICIOS DE SALUD SEGUN META ESTABLECIDA. |
| 7 | EN EL CENTRO DE SALUD CHIRCALES DESARROLLE LOS TALLERES PEDAGOGICOS SEGÚN EL CRONOGRAMA Y METODOLOGIA ESTABLECIDA EN LOS MANUALES Y PROTOCOLOS INSTITUCIONALES VIGENTES A LOS 34 USUARIOS DE LAS DIFERENTES EAPB QUE INCUMPLIERON CITA MEDICAS DURANTE EL MES DE SEPTIEMBRE. |
| 8 | SE ENTREGAN EN LOS TIEMPOS CORRESPONDIENTES CADA UNO DE LOS SOPORTES DE LA PRODUCTIVIDAD Y GESTION REALIZADA DENTRO DEL MES DE ACUERDO A LOS LINEAMIENTOS ESTABLECIDOS POR LA OFICINA DE PARTICIPACION COMUNITARIA Y SERVICIO AL CIUDADANO. |
| 9 | CON CADA DE LOS 6.750 USUARIO QUE ATENDI DURANTE TODO EL MES DE SEPTIEMBRE CONSULTE EL SISTEMA DE DINAMICA<br>GERENCIAL, CON EL FIN DE LLEVAR A CABO SU CONSULTA DE AGENDAMIENTO DE CITAS MEDICAS Y ACTUALIZACION DE DATOS DE CADA UNO DE LOS USUARIO. |
| 10 | DE ACUERDO A LA SOLICITUD DE LA REFERENTE DE SERVICIO AL CIUDADANO CUANDO SE HA PRESENTADO UN REQUERIMIENTO, HE APOYADO EN LA VERIFICACION Y EMISION DE RESPUESTA A LA PQRS Y EN LA ASIGNACION DE CITAS MEDICAS DE ENTES DE CONTROL, EN EL MES DE SEPTIEMBRE NO HE TENIDO QUEJAS. |
| 11 | EN EL MES DE SEPTIEMBRE ASISTI A LOS ESPACIOS DE FORTALECIMIENTO CONVOCADOS POR LA OFICINA DE PARTICIPACION<br>COMUNITARIA Y SERVICIO AL CIUDADANO Y LA SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E |
| 12 | APOYE LOS SUBPROCESOS TENIENDO EN CUENTA LAS NECESIDADES PROPIAS DE LA OFICINA DE PARTICIPACION COMUNITARIA Y SERVICIO AL CIUDADANO. |
| 13 | GARANTICE LA RESERVA Y CONFIDENCIALIDAD DE DATOS E INFORMACION DE LOS DIFERENTES APLICATIVOS INSTITUCIONALES. |

| | |
|---|---|
| 14 | CUMPLI CON LAS OBLIGACIONES Y ACTIVIDADES DE ACUERDO CON LA DEMANDA Y TIEMPOS REQUERIDOS SEGUN LAS NECESIDADES DEL SERVICIO EN LOS CENTROS DE SALUD Y HOSPITALES QUE CONFORMAN LA SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E |

**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 (2026-09-01) AL (2026-09-30)

IV. INFORMACIÓN DE APORTES A SEGURIDAD SOCIAL

| | | | |
|---|---|---|---|
| No. DE PLANILLA: | N° 8394920127 | OPERADOR: | MI PLANILLA |

| CONCEPTO DEL PAGO | ENTIDAD | FECHA DE PAGO | VALOR PAGADO |
|---|---|---|---|
| SALUD: | COMPENSAR | 2026/09/25 | $ 220.300 |
| PENSIÓN: | COLFONDOS | 2026/09/25 | $ 281.900 |
| RIESGOS LABORALES: | SEGUROS BOLIVAR | 2026/09/25 | $ 43.000 |
| OTRO | | | |
| TOTAL PAGADO | | | $ 545.200 |

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** | *ANDRES FELIPE LOPEZ OCAMPO*<br>*PS_1956_2026_A414BC*<br>**ANDRES FELIPE LOPEZ OCAMPO**<br>**CC: 71783276** |
| **FIRMA DE QUIEN VALIDA** | *MARÍA CAROLINA PINILLA JIMÉNEZ*<br>*PS_1956_2026_A414BC*<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_1956_2026_A414BC*<br>**ZULMA JANNETH LÓPEZ CUBIDES**<br>**SUPERVISOR DEL CONTRATO** |