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:	**ANYELA ROCIO ROBLES RUIZ**			**CC:**	**52126804**
CORREO ELECTRÓNICO:	**ANYELAROBLEs@GMAIL.COM**			**TELÉFONO:**	**3002230155**
DIRECCIÓN DOMICILIO:	**CL 57A SUR N° 93C - 51**			**CIUDAD:**	**BOGOTA**
BANCO AL CUAL CONSIGNAR:	**BBVA COLOMBIA**	**TIPO DE CUENTA:**	**AHORROS**	**N° CUENTA:**	**390349454**
DATOS DEL CONTRATO O ADICION Y PERIODO OBJETO DE PAGO					
Nº DEL CONTRATO:	**PS 2181 2026**	**VALOR CORRESPONDIENTE AL PERIODO OBJETO DE COBRO**			**$ 2.873.100**
FECHA DE INICIO CONTRATO	**2026/02/01**	**FECHA DE TERMINACIÓN CONTRATO:**			**2026/10/31**
PERIODO OBJETO DE COBRO:	**DEL 2026/09/01 AL 2026/09/30**				

ANYELA ROCIO ROBLES RUIZ
PS_2181_2026_983DB0

NOMBRE Y FIRMA DEL CONTRATISTA:
ANYELA ROCIO ROBLES RUIZ
CC: 52126804
CEL: 3002230155

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

ANYELA ROCIO ROBLES RUIZ

CON C.C N° **52.126.804**

OBJETO DEL CONTRATO:	PRESTAR SERVICIOS COMO TECNICO DE APOYO A LA GESTION III PARA DESARROLLAR ACTIVIDADES EN LA DIRECCION DE SERVICIOS AMBULATORIOS DE LA SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E.

CONTRATO DE PRESTACION DE SERVICIOS PROFESIONALES No.	**PS 2181 2026**	**FECHA INICIO CONTRATO**	**2026/02/01**
VALOR INICIAL DEL CONTRATO	$ 11.492.400	**No. HORAS EJECUTADAS**	**0**
VALOR TOTAL DEL CONTRATO INCLUIDO ADICIONES:	$ 25.857.900	**VALOR DE HONORARIOS PERÍODO A CERTIFICAR:**	$ 2.873.100
PLAZO DEL CONTRATO INCLUYENDO PRORROGAS	NUEVE (9) MESES		
UNIDAD FUNCIONAL DE EJECUCIÓN DE ACTIVIDADES:	CENTRO DE SALUD OLAYA		
NOMBRE DEL SUPERVISOR:	GLORIA MARITZA PINILLA PINILLA		

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	SE REALIZA CARGUE DE LOS BIOLOGICOS AL APLICATIVO PAI DE LOS USUARIOS ATENDIDOS POR EL EQUIPO PAI EXTRAMURAL
2	REVISION DE LOS FORMATOS SIS CON EL CARGUE RESPECTIVO DE LOS BIOLOGICOS APLICADOS CONTRA DESCRAGAS DEL APLICATIVO PAI
3	DESCARGA DEL APLICATIVO PAI Y REVISION DE LA CALIDAD DEL DATO PARA ALISTAMIENTO PARA ENTREGA DE INFORME
4	SOLICITUD EN CONTACTENOS DE LOS CASOS INCOHERENTES EN LOS DATOS DE IDENTIFICACION DE USUARIO, FECHA DE NACIMIENTO, CORRECION DE LOTES DE LOS BIOLOGICOS DE INFORMACIÓN ERRADA EN LA REVISION DE LA CALIDAD DEL DATO
5	ASISTENCIA A COMITE DE ASISTENCIA TECNICA Y DEMAS REUNIONES CONVOCADAS POR LIDERES OPERATIVOS
6	ENTREGA DE CUENTA DE COBRO CON SUS RESPECTIVOS SOPORTES Y CARGUE AL SECOP II
7	VERIFICACION DE ESQUEMAS A MENORES DE EDAD Y GESTANTES DE LA BASE DE CITAS MEDICAS
8	REALIZAR SEGUIMIENTO A NACIDOS MENORES DE BAJO PESO DEL MATERNO INFANTIL PARA GARANTIZAR LA APLICACION DE BIOLOGICOS EN DOSIS DE RECIEN NACIDO Y PRIMERAS DOSIS
9	VERIFICACION DE AFILIACION DE EAPB PARA CAPITAL SALUD, SANITAS, FAMISANAR, COOSALUD
10	REALIZAR, GESTIONAR FIRMAS Y RADICAR FACTURA DE CONTRATISTA NEFOX

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° 94408230	OPERADOR:	MI PLANILLA
CONCEPTO DEL PAGO	ENTIDAD	FECHA DE PAGO	VALOR PAGADO

SALUD:	FAMISANAR	2026/09/09	$ 220.100
PENSIÓN:	COLFONDOS	2026/09/09	$ 281.700
RIESGOS LABORALES:	SURA	2026/09/09	$ 43.000
OTRO			
TOTAL PAGADO			$ 544.800

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	*ANYELA ROCIO ROBLES RUIZ* *PS_2181_2026_983DB0* **ANYELA ROCIO ROBLES RUIZ** **CC: 52126804**
FIRMA DE QUIEN CONVALIDA EL CUMPLIMIENTO DE LAS OBLIGACIONES PARA EL PRESENTE PERIODO DE PAGO	*GLORIA MARITZA PINILLA PINILLA* *PS_2181_2026_983DB0* **GLORIA MARITZA PINILLA PINILLA** **SUPERVISOR DEL CONTRATO**