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: (31-05-2026)					
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:**			**2026/05/31**
PERIODO OBJETO DE COBRO:	**DEL 2026/05/01 AL 2026/05/31**				

ANDRES FELIPE LOPEZ OCAMPO
PS_1956_2026_ACF2CD

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** **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			
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:	$ 9.312.480	**VALOR DE HONORARIOS PERÍODO A CERTIFICAR:**	$ 2.328.120
PLAZO DEL CONTRATO INCLUYENDO PRORROGAS	CUATRO (4) 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 6.587 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 6,587 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	PARA EL MES DE MAYO SE PRESENTO EL CERTIFICADO CORRESPONDIENTE AL CURSO DE CONFLICTO DE INTERES DEL AULA CO
8	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 MAYO.
9	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.
10	CON CADA DE LOS 6.587 USUARIO QUE ATENDI DURANTE TODO EL MES DE MAYO CONSULTE EL SISTEMA DE DINAMICA 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.
11	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 MAYO NO HE TENIDO QUEJAS.
12	EN EL MES DE MAYO ASISTI A LOS ESPACIOS DE FORTALECIMIENTO CONVOCADOS POR LA OFICINA DE PARTICIPACION COMUNITARIA Y SERVICIO AL CIUDADANO Y LA SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E.
13	APOYE LOS SUBPROCESOS TENIENDO EN CUENTA LAS NECESIDADES PROPIAS DE LA OFICINA DE PARTICIPACION COMUNITARIA Y SERVICIO AL CIUDADANO.
14	GARANTICE LA RESERVA Y CONFIDENCIALIDAD DE DATOS E INFORMACION DE LOS DIFERENTES APLICATIVOS INSTITUCIONALES.

15	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 (2026-05-01) AL (2026-05-31)

IV. INFORMACIÓN DE APORTES A SEGURIDAD SOCIAL

No. DE PLANILLA:	N° 8381165951	OPERADOR:	MI PLANILLA

CONCEPTO DEL PAGO	ENTIDAD	FECHA DE PAGO	VALOR PAGADO
SALUD:	COMPENSAR	2026/05/14	$ 218.900
PENSIÓN:	COLFONDOS	2026/05/14	$ 280.200
RIESGOS LABORALES:	SEGUROS BOLIVAR	2026/05/14	$ 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	*ANDRES FELIPE LOPEZ OCAMPO* *PS_1956_2026_ACF2CD* **ANDRES FELIPE LOPEZ OCAMPO** **CC: 71783276**
FIRMA DE QUIEN VALIDA	*MARÍA CAROLINA PINILLA JIMÉNEZ* *PS_1956_2026_ACF2CD* **MARÍA CAROLINA PINILLA JIMÉNEZ** **SUPERVISOR ALTERNO**

FIRMA DE QUIEN CONVALIDA EL CUMPLIMIENTO DE LAS OBLIGACIONES PARA EL PRESENTE PERIODO DE PAGO	 *ZULMA JANNETH LÓPEZ CUBIDES* *PS_1956_2026_ACF2CD* **ZULMA JANNETH LÓPEZ CUBIDES** **SUPERVISOR DEL CONTRATO**