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: 5
FECHA: 2024-09-09

DATOS DEL CONTRATISTA					
FECHA DE DILIGENCIAMIENTO: (31-07-2025)					
NOMBRES Y APELLIDOS:	**BERTA LUCIA SANCHEZ MEDINA**			**CC:**	**65748525**
CORREO ELECTRÓNICO:	**BERTALUCIASANCHEZ@GMAIL.COM**			**TELÉFONO:**	**3128733302**
DIRECCIÓN DOMICILIO:	**CL 35A 34 03**			**CIUDAD:**	**BOGOTA**
BANCO AL CUAL CONSIGNAR:	**BANCO BOGOTA**	**TIPO DE CUENTA:**	**AHORROS**	**N° CUENTA:**	**102614690**

DATOS DEL CONTRATO O ADICION Y PERIODO OBJETO DE PAGO						
Nº DEL CONTRATO:	**PS 5885 2025**	**N° CDP:**	**2037**	**N°. RP:**	**0**	**PLAZO DEL CONTRATO INCLUIDAS PRORROGAS: UN (01) MES Y VEINTIOCHO (28) DIAS**
FECHA DE INICIO CONTRATO	**2025/07/04**	**FECHA DE TERMINACIÓN CONTRATO:**		**2025/08/31**		
PERIODO OBJETO DE COBRO:	**DEL 2025/07/04 AL 2025/07/31**					
VALOR A PAGAR CORRESPONDIENTE AL PERIODO OBJETO DE COBRO						**$ 1.773.333**

BERTA LUCIA SANCHEZ MEDINA
PS_5885_2025_5542C8-2025-07-16 17:16:41

NOMBRE Y FIRMA DEL CONTRATISTA:
BERTA LUCIA SANCHEZ MEDINA
CC: 65748525
CEL: 3128733302

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			
BERTA LUCIA SANCHEZ MEDINA			
	CON C.C N°	**65.748.525**	
OBJETO DEL CONTRATO:	PRESTAR SERVICIOS DE APOYO A LA GESTION 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 5885 2025**	**FECHA INICIO CONTRATO**	**2025/07/04**
VALOR INICIAL DEL CONTRATO	$ 3.673.333	**No. HORAS EJECUTADAS**	**0**
VALOR TOTAL DEL CONTRATO INCLUIDO ADICIONES:	$ 3.673.333	**VALOR DE HONORARIOS PERÍODO A CERTIFICAR:**	$ 1.773.333
PLAZO DEL CONTRATO INCLUYENDO PRORROGAS	UN (01) MES Y VEINTIOCHO (28) DIAS		
UNIDAD FUNCIONAL DE EJECUCIÓN DE ACTIVIDADES:	HOSPITAL SANTA CLARA		
NOMBRE DEL SUPERVISOR:	SHIRLEY JANNETH TORRES RODRÍGUEZ		

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 garantiza la información manejada de los diferentes aplicativos institucionales
2	Se realizan encuestas de derechos y deberes 30 usuarios, a 15 usuarios conocimiento de portafolio de servicios, que brinda la subred centro riente, encuesta a 1 funcionarios de derechos y deberes en el área de consulta externa.
3	Se realiza la divulgación, Educación en sala de temas en según cronograma establecido en la oficina, Decálogo de humanización, política de atención centrada en el usuario, Participación comunitaria, Canales de escucha, Defensor del ciudadano, Formas de participación, Salud a mi vereda, Rías (Rutas integrales de atención en salud),Carta del trato digno, Deberes y Derechos, Dadivas, Ruta de salud, Inasistencia a citas médicas, Portafolio de servicios Tramites y Tiempos , Ciclo de servicio- población priorizada Se genera un registro en los formatos establecidos en educación en sala y capacitaciones.
4	Se identifica la barrera de acceso a usuarios y se registra en Cuéntanos Bogotá, 100 usuarios en orientación ,de la Secretaria de Salud; resaltando que todas las barreras de acceso registrado se generan una solución oportuna al usuario, por tanto estos casos son cerrados al 100%.
5	Se brinda orientación e información a todos los usuarios en la Unidad, acerca del defensor del usuario, nombre del defensor de la subred Centro Oriente, sus funciones. De igual manera se les recuerda a los usuarios que se cuenta con el área de atención al Usuario de la Unidad, donde se pueden acercar con cualquiera de los colaboradores, quienes brindaremos orientación y/o direccionamiento a las dificultades que se les presenté en la Unidad o si es el caso se gestiona con la subred.
6	Se realiza orientación al usuario que desea interponer su inconformidad, informándole que se cuenta con diferentes canales para la radicación de su manifestación siendo estos Presenciales (Buzón y Correspondencia), Teléfono, Virtual Sistema Distrital de Quejas y Soluciones SDQS, entre otros, se da respuesta de manera inmediata a la necesidad del usuario.
7	Se cumple con las obligaciones de acuerdo con la demanda y tiempos requeridos según 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.
8	Todos los paciente son verificados en Comprobadores de Derechos, DNP y ADRES, georreferenciador para proceder al acceso al servicio.
9	. Se porta visiblemente los elementos institucionales brindados por la Subred Integrada de Servicios de Salud Centro Oriente E.S.E. cumpliendo según manual
10	Se orienta al usuario y se asigna la cita según especialidad requerida para las diferentes unidades de la subred.
11	Realizar los cursos de capacitación dispuestos por la oficina de servicio al ciudadano.
12	se entregan los registros de la gestión realizada semanal mente de acuerdo a los lineamientos establecidos por la oficina.
13	Se verifica y se asignan las citas medicas según oportunidad, se actualizan datos del paciente cuando se requiera.
14	Se asiste a los espacios convocados por la oficina de participación comunitaria según días y horarios establecidos
15	Se orienta al usuario y se asigna la cita según especialidad requerida para las diferentes unidades de la subred
16	Se realiza proceso de orientación e información, verificación de documentos, asignación de citas, y/o direccionamiento del usuario a los demás servicios, priorizando gestantes, mujeres con bebes en brazos, adulto mayor y personas con condición de discapacidad, resaltando que se cuenta con en el módulo verde en donde se realiza la atención preferencial y manejo de casos prioritarios.
17	Se brinda orientación e información a los usuarios sobre la vinculación al sistema de salud, seda orientación al usuario que desea interponer su inconformidad, informándole que se cuenta con diferentes canales para la radicación de su manifestación siendo estos Presenciales (Buzón y Correspondencia), Teléfono, Virtual Sistema Distrital de Quejas y Soluciones SDQS, entre otros, se da respuesta de manera inmediata a la necesidad del usuario.

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 (2025-07-04) AL (2025-07-31)

IV. INFORMACIÓN DE APORTES A SEGURIDAD SOCIAL

No. DE PLANILLA:	N° 8387566206	OPERADOR:	MI PLANILLA

CONCEPTO DEL PAGO	ENTIDAD	FECHA DE PAGO	VALOR PAGADO
SALUD:	COMPENSAR	2025/07/09	$ 178.300
PENSIÓN:	COLPENSIONES	2025/07/09	$ 228.100
RIESGOS LABORALES:	SEGUROS BOLIVAR	2025/07/09	$ 34.800
OTRO			
TOTAL PAGADO			$ 441.200

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	*BERTA LUCIA SANCHEZ MEDINA* *PS_5885_2025_5542C8-2025-07-16 17:16:41* **BERTA LUCIA SANCHEZ MEDINA** **CC: 65748525**
FIRMA DE QUIEN VALIDA	*MARÍA CAROLINA PINILLA JIMÉNEZ* *PS_5885_2025_5542C8-2025-07-17 01:42:46* **MARÍA CAROLINA PINILLA JIMÉNEZ** **SUPERVISOR ALTERNO**
FIRMA DE QUIEN CONVALIDA EL CUMPLIMIENTO DE LAS OBLIGACIONES PARA EL PRESENTE PERIODO DE PAGO	*SHIRLEY JANNETH TORRES RODRÍGUEZ* *PS_5885_2025_5542C8-2025-07-18 00:37:15* **SHIRLEY JANNETH TORRES RODRÍGUEZ** **SUPERVISOR DEL CONTRATO**