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: (31-08-2025)					
NOMBRES Y APELLIDOS:	**YEINIS CECILIA ARREGOCES MAESTRE**			**CC:**	**1118806734**
CORREO ELECTRÓNICO:	**JECCOVID.6@GMAIL.COM**			**TELÉFONO:**	**3145755607**
DIRECCIÓN DOMICILIO:	**CL 66A SUR 66 81**			**CIUDAD:**	**BOGOTA**
BANCO AL CUAL CONSIGNAR:	**BANCO DAVIVIENDA S.A.**	**TIPO DE CUENTA:**	**AHORROS**	**N° CUENTA:**	**007300888588**

DATOS DEL CONTRATO O ADICION Y PERIODO OBJETO DE PAGO						
Nº DEL CONTRATO:	**PS 5555 2025**	**N° CDP:**	**2547**	**N°. RP:**	**0**	**PLAZO DEL CONTRATO INCLUIDAS PRORROGAS: DIEZ (10) MESES**
FECHA DE INICIO CONTRATO	**2025/01/06**	**FECHA DE TERMINACIÓN CONTRATO:**		**2025/10/31**		
PERIODO OBJETO DE COBRO:	**DEL 2025/08/01 AL 2025/08/31**					
VALOR A PAGAR CORRESPONDIENTE AL PERIODO OBJETO DE COBRO	**$ 5.347.876**					

YEINIS CECILIA ARREGOCES MAESTRE
PS_5555_2025_2A63BB

NOMBRE Y FIRMA DEL CONTRATISTA:
YEINIS CECILIA ARREGOCES MAESTRE
CC: 1118806734
CEL: 3145755607

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			
YEINIS CECILIA ARREGOCES MAESTRE			
	CON C.C N°	**1.118.806.734**	
OBJETO DEL CONTRATO:	PRESTAR SERVICIOS PROFESIONALES COMO ENFERMERO (A) PARA DESARROLLAR ACTIVIDADES EN LA DIRECCI?N DE SERVICIOS AMBULATORIOS DE LA SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS EN SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E. - CONVENIO EBS DE MINISTERIO DE SALUD Y PROTECCION SOCIAL SEG?N RESOLUCION 1499 26-08-2024		
CONTRATO DE PRESTACION DE SERVICIOS PROFESIONALES No.	**PS 5555 2025**	**FECHA INICIO CONTRATO**	**2025/01/06**
VALOR INICIAL DEL CONTRATO	$ 18.000.168	**No. HORAS EJECUTADAS**	**164**
VALOR TOTAL DEL CONTRATO INCLUIDO ADICIONES:	$ 27.978.522	**VALOR DE HONORARIOS PERÍODO A CERTIFICAR:**	$ 5.347.876
PLAZO DEL CONTRATO INCLUYENDO PRORROGAS	DIEZ (10) MESES		
UNIDAD FUNCIONAL DE EJECUCIÓN DE ACTIVIDADES:	HOSPITAL SANTA CLARA		
NOMBRE DEL SUPERVISOR:	BERTHA SOFIA DIAZ QUEVEDO		

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 PLAN DE CUIDADO FAMILIAR ATRAVEZ DEL APLICATIVO GTAPS SEGÚN LA ATENCION
2	N/A
3	DURANTE LA VALORACION INTEGRAL SE REALIZA PRIORIDAD DEL INDIVIDUO
4	NO SE REALIZA CANALIZACION SIRC DURANTE EL MES DE AGOSTO
5	'ASISITIR A COMITES Y/O CAPACITACIONES PROGRAMADAS DURANTE EL MES
6	MEDIANTE EL CARGUE EN EL APLICATIVO GTAPS SE REALIZA EL CARGUE DE LAS ATENCIONES REALIZADAS, ESTA ACCIÓN PERMITE CONSOLIDAR LA INFORMACIÓN, GARANTIZAR LA ARTICULACIÓN CON EL EQUIPO INTERDISCIPLINARIO Y FACILITAR EL SEGUIMIENTO DE LAS INTERVENCIONES REALIZADAS INDIVIDUALES
7	DESDE EL PERFIL DE ENFERMERÍA, SE REALIZA EL REGISTRO DE LA INFORMACIÓN DE LA ATENCIÓN BRINDADA EN LA BASE DE DATOS DEFINIDA APLICATIVO GTAPS , GARANTIZANDO LA CALIDAD Y VERACIDAD DEL DATO. ASÍ MISMO, SE DILIGENCIA EL PLAN DE CUIDADO INDIVIDUAL (PCI), CONSIGNANDO LAS RECOMENDACIONES DERIVADAS DE LOS HALLAZGOS ENCONTRADOS DURANTE LA VALORACIÓN Y DE LA CONCERTACIÓN CON EL USUARIO Y/O CUIDADOR, ASEGURANDO ASÍ LA CONTINUIDAD DEL CUIDADO Y EL SEGUIMIENTO EN SALUD
8	DESDE EL PERFIL DE ENFERMERÍA, EN CASO DE IDENTIFICAR UN EVENTO DE INTERÉS EN SALUD PÚBLICA DURANTE LA ATENCIÓN O VISITA DOMICILIARIA, SE REALIZA LA NOTIFICACIÓN INMEDIATA AL SUBSISTEMA CORRESPONDIENTE (SIVIGILA U OTRO SEGÚN EL EVENTO) SIGUIENDO LOS PROTOCOLOS ESTABLECIDOS. ASIMISMO, SE INFORMA AL GESTOR FAMILIAR Y/O AL EQUIPO DE APOYO DEL EBS MINISTERIO PARA GARANTIZAR EL SEGUIMIENTO, INTERVENCIÓN Y ARTICULACIÓN OPORTUNA CON LA RED DE SERVICIOS Y LAS AUTORIDADES DE SALUD COMPETENTES.
9	DESDE EL PERFIL DE ENFERMERÍA, SE IDENTIFICAN LOS PRINCIPALES CAMBIOS EN EL DESARROLLO FÍSICO, EMOCIONAL Y SOCIAL DEL USUARIO, DE ACUERDO CON SU CURSO DE VIDA. ESTA OBSERVACIÓN PERMITE DETECTAR ALTERACIONES TEMPRANAS Y APLICAR INTERVENCIONES DE PROMOCIÓN Y PREVENCIÓN, O REMITIR OPORTUNAMENTE A LOS PROFESIONALES CORRESPONDIENTES
10	DESDE EL PERFIL DE ENFERMERÍA, SE REALIZA LA IDENTIFICACIÓN OPORTUNA DE FACTORES DE RIESGO INDIVIDUALES, FAMILIARES Y COMUNITARIOS DURANTE LAS VALORACIONES Y VISITAS DOMICILIARIAS, CON EL FIN DE PREVENIR POSIBLES COMPLICACIONES EN SALUD. SEGÚN EL HALLAZGO, SE IMPLEMENTAN INTERVENCIONES EDUCATIVAS, ACCIONES DE PROMOCIÓN Y PREVENCIÓN, Y, EN LOS CASOS QUE LO REQUIEREN, SE GESTIONAN LAS REMISIONES PERTINENTES A MEDICINA, PSICOLOGÍA U OTRAS RUTAS DEFINIDAS POR EL EQUIPO BÁSICO DE SALUD (EBS), EL MINISTERIO DE SALUD O LA RED DE SERVICIOS DEL TERRITORIO, GARANTIZANDO UN MANEJO OPORTUNO Y ARTICULADO DEL RIESGO IDENTIFICADO
11	DESDE EL PERFIL DE ENFERMERÍA, SE IDENTIFICAN Y POTENCIAN LAS CAPACIDADES, HABILIDADES Y PRÁCTICAS DE AUTOCUIDADO EN LOS USUARIOS, SUS FAMILIAS Y CUIDADORES, CON EL PROPÓSITO DE FOMENTAR CONDUCTAS SALUDABLES Y FORTALECER SU ROL ACTIVO EN EL CUIDADO DE LA SALUD. ESTA INTERVENCIÓN SE ORIENTA A PROMOVER LA CORRESPONSABILIDAD, EL EMPODERAMIENTO COMUNITARIO Y LA ADOPCIÓN DE ESTILOS DE VIDA SALUDABLES, EN CONCORDANCIA CON LOS LINEAMIENTOS ESTABLECIDOS POR LA RESOLUCIÓN 3280 DE 2018 Y EL ENFOQUE DE ATENCIÓN PRIMARIA EN SALUD

12	EN CASO DE QUE LA FAMILIA REPORTE QUE ALGUNO DE SUS INTEGRANTES PERTENECE A POBLACIÓN PRIORIZADA COMO MUJERES GESTANTES, NIÑOS MENORES DE CINCO (5) AÑOS, PERSONAS CON ENFERMEDADES CRÓNICAS, ADULTOS MAYORES, PERSONAS EN CONDICIÓN DE DISCAPACIDAD O DEPENDENCIA, Y SUS CUIDADORES SE REALIZA INTERVENCIÓN DE ENFERMERÍA CON ENFOQUE EN PROMOCIÓN Y PREVENCIÓN EN SALUD. DURANTE LA VISITA, EL PROFESIONAL DE ENFERMERÍA LLEVA A CABO LA VALORACIÓN INTEGRAL SEGÚN EL CURSO DE VIDA, DESARROLLANDO LAS ACTIVIDADES DE PROMOCIÓN Y PREVENCIÓN ESTABLECIDAS EN LA RESOLUCIÓN 3280 DE 2018. EN CASO DE REQUERIRSE, SE GESTIONAN LAS RESPECTIVAS REMISIONES A MEDICINA, PSICOLOGÍA, O A OTRAS RUTAS DE ATENCIÓN DEFINIDAS POR EL EQUIPO BÁSICO DE SALUD (EBS), EL MINISTERIO DE SALUD O LA RED DE SERVICIOS DEL TERRITORIO.
13	SE REALIZA LA ATENCIÓN INTEGRAL A CADA USUARIO VALORADO, VERIFICANDO EL CURSO DE VIDA SEGÚN LO ESTIPULADO EN LA RESOLUCIÓN 3280 DE 2018. DE ACUERDO CON EL CASO Y LAS CARACTERÍSTICAS DEL INDIVIDUO, SE BRINDÓ ATENCIÓN CORRESPONDIENTE AL CURSO DE VIDA MEDIANTE ACCIONES DE PROMOCIÓN Y PREVENCIÓN. EN LOS CASOS QUE LO REQUERÍAN, SE GENERÓ LA RESPECTIVA DERIVACIÓN PARA VALORACIÓN POR MEDICINA, PSICOLOGÍA EBS, MINISTERIO, ENTRE OTROS
14	ANTE LA PRESENCIA DE UNA EMERGENCIA DURANTE LA VISITA EN TERRITORIO , EL PROFESIONAL DE ENFERMERÍA BRINDARÁ ATENCIÓN INICIAL E INMEDIATA AL USUARIO , DE ACUERDO CON SUS COMPETENCIAS Y ACTIVARÁ EL CRUE DE LA SECRETARÍA DISTRITAL DE SALUD, CON EL FIN DE GESTIONAR LA REMISIÓN O TRASLADO DEL PACIENTE A UNA INSTITUCIÓN PRESTADORA DE SERVICIOS DE SALUD (IPS) QUE GARANTICE LA ATENCIÓN REQUERIDA.(CADA UNO DEBE COLOCAR SI O NO REALIZO ACTIVACION CRUE SI LO ACTIVO COLOCA SE REMITEN CANTIDAD DE USUARIOS SI NO COLOCAR NO SE REALIZA ACTIVACION CRUE DURANTE LAS ATENCIONES RELAIZADAS EN EL MES DE AGOSTO)
15	SE REALIZA REGISTRO DE MANERA OPORTUNA, COMPLETA,VERAS TODAS LAS ATENCIONES REALIZADAS EN EL APLICATIVO GTAPS DEACUERDO AL PLAN DE CUIDADO FAMILIAR EL CUAL SE REALIZA DE MANERA DIARIA SEGÚN LAS ATENCIONES REALIZA EN TERRITORIO
16	EN CASO DE ENCONTRAR UNA EMERGENCIA EN CUALQUIERA DE SUS VISITAS, LOS INTEGRANTES DEL GRUPO BASE ASISTIRÁN A QUIEN LO NECESITE Y/O SOLICITARÁN APOYO AL CENTRO REGULADOR DE URGENCIAS Y EMERGENCIAS - CRUE DE LA SECRETARÍA DISTRITAL DE SALUD PARA REMITIR A LA PERSONA A UNA INSTITUCIÓN PRESTADORA DE SALUD IPS QUE PUEDA ATENDERLO.
17	SE REALIZAN VALORACON INTEGRAL POR ENFERMERIA POR LAS LOCALIDADES DE LA SUBRED CENTROORIENTE RAFEL URIBE URIBE , MARTIRES,SANTAFE,SAN CRISTOBAL ,ANTONIO NARIO MEDIANTE TOMAS TERRITORIAS ABORDANDO POBALCION CON NECESIDADES EN SALUD
18	EJECUTAR ACTIVIDADES DE DETECCIÓN TEMPRANA DE ALTERACIONES EN SALUD, FORMULAR INTERVENCIONES DE CUIDADO DE ENFERMERÍA Y BRINDAR EDUCACIÓN INDIVIDUAL Y FAMILIAR EN PROMOCIÓN DE LA SALUD Y PREVENCIÓN DE LA ENFERMEDAD, SEGÚN CURSO DE VIDA.
19	DURANTE EL MES EN EJECUCIÓN, SE ENTREGARON LOS SIGUIENTES PRODUCTOS CONFORME A LO ESTABLECIDO EN LOS LINEAMIENTOS TÉCNICOS -HISTORIA CLÍNICA DILIGENCIADA EN LA PLATAFORMA DINCAMICA, ELABORADA SEGÚN LA VALORACIÓN INDIVIDUAL Y LA PERTINENCIA CLÍNICA DE CADA USUARIO ATENDIDO. -CARGUE DE USUARIOS EN EL APLICATIVO GTAPS, CORRESPONDIENTE A LOS PACIENTES QUE FUERON FACTURADOS DURANTE EL PERIODO EVALUADO. -REGISTRO DIARIO DE PACIENTES EN EL LINK INSTITUCIONAL DESTINADO PARA EL REPORTE DE ATENCIONES REALIZADAS EN LAS TOMAS TERRITORIALES, EN LAS DIFERENTES LOCALIDADES DE LA SUBRED LOCALIDAD RAFAEL URIBE ,SANCRISTOBAL,ANTONIO NARIÑO, SANTAFE Y MARTIRES -NO SE EMITEN ORDENES YA QUE LAS ATENCIONES REALIZADAS FUERON EDUCATIVAS -DURANTE LA EJECUCION DEL MES NO SE REALIZAN CANALIZACIÓN POR SIRC -DURANTE LA EJECUCION DEL MES NO SE REALIZA FICHAS DE NOTIFICACION DE EVENTOS EN INTERES EN SALUD PUBLICA CONFORME A LOS LINEAMIENTOS DE SIVIGILA -PLAN DE CUIDADO FAMILIAR, DISEÑADO EL CUAL ES EL APLICATIVO GTAPS DONDE EL DILIGENCIAMIENTO SE REALIZO SEGÚN NECESIDADES DETECTADAS EN LA CONSULTA RESOLUTIVA, PRIORIZANDO ACCIONES DE PROMOCIÓN, PREVENCIÓN Y SEGUIMIENTO INDIVIDUAL Y FAMILIAR.
20	'SE REALIZAN LAS DEMÁS ACTIVIDADES RELACIONADAS CON EL OBJETO CONTRACTUAL QUE SEAN ASIGNADAS POR EL SUPERVISOR DEL CONTRATO. ESTAS ACTIVIDADES SE EJECUTAN CONFORME A LO ESTABLECIDO EN EL FORMATO DE NECESIDAD DE PERSONAL, QUE FORMA PARTE INTEGRAL DEL CONTRATO, GARANTIZANDO QUE TODAS LAS TAREAS ADICIONALES CONTRIBUYAN AL CUMPLIMIENTO DE LOS OBJETIVOS DEL CONVENIO Y SE DESARROLLEN BAJO CRITERIOS DE EFICIENCIA, RESPONSABILIDAD Y CUMPLIMIENTO DE LOS LINEAMIENTOS INSTITUCIONALES.

III. VERIFICACION DE ACTIVIDADES DESARROLLADAS

SE VERIFICA 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 (2025-08-01) AL (2025-08-31)

IV. INFORMACIÓN DE APORTES A SEGURIDAD SOCIAL

No. DE PLANILLA:	N° 1074474813	OPERADOR:	SIMPLE

CONCEPTO DEL PAGO	ENTIDAD	FECHA DE PAGO	VALOR PAGADO
SALUD:	COMPENSAR	2025/07/29	$ 400.000
PENSIÓN:	PORVENIR	2025/07/29	$ 512.000
RIESGOS LABORALES:	SURA	2025/07/29	$ 78.000
OTRO			
TOTAL PAGADO			$ 990.000

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	*YEINIS CECILIA ARREGOCES MAESTRE* *PS_5555_2025_2A63BB* **YEINIS CECILIA ARREGOCES MAESTRE** **CC: 1118806734**
FIRMA DE QUIEN CONVALIDA EL CUMPLIMIENTO DE LAS OBLIGACIONES PARA EL PRESENTE PERIODO DE PAGO	*BERTHA SOFIA DIAZ QUEVEDO* *PS_5555_2025_2A63BB* **BERTHA SOFIA DIAZ QUEVEDO** **SUPERVISOR DEL CONTRATO**