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: (30-09-2025)						
NOMBRES Y APELLIDOS:	**MARIA PAULA CASTRO PADILLA**				**CC:**	**1013627084**
CORREO ELECTRÓNICO:	**MAPU1705@GMAIL.COM**				**TELÉFONO:**	**3223928417**
DIRECCIÓN DOMICILIO:	**KR 73 1 26**				**CIUDAD:**	**BOGOTA**
BANCO AL CUAL CONSIGNAR:	**BANCO DAVIVIENDA S.A.**		**TIPO DE CUENTA:**	**AHORROS**	**N° CUENTA:**	**488400663420**
DATOS DEL CONTRATO O ADICION Y PERIODO OBJETO DE PAGO						
Nº DEL CONTRATO:	**PS 2138 2025**	**N° CDP:**	**2517**	**N°. RP:**	**0**	**PLAZO DEL CONTRATO INCLUIDAS PRORROGAS: DIEZ (10) MESES**
FECHA DE INICIO CONTRATO	**2025/01/01**	**FECHA DE TERMINACIÓN CONTRATO:**		**2025/10/31**		
PERIODO OBJETO DE COBRO:	**DEL 2025/09/01 AL 2025/09/30**					
VALOR A PAGAR CORRESPONDIENTE AL PERIODO OBJETO DE COBRO	**$ 2.672.026**					

MARIA PAULA CASTRO PADILLA
PS_2138_2025_BC5680

NOMBRE Y FIRMA DEL CONTRATISTA:
MARIA PAULA CASTRO PADILLA
CC: 1013627084
CEL: 3223928417

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			
MARIA PAULA CASTRO PADILLA			
	CON C.C N°	**1.013.627.084**	
OBJETO DEL CONTRATO:	PRESTAR SERVICIOS COMO TECNICO DE APOYO A LA GESTION PARA DESARROLLAR ACTIVIDADES EN LA DIRECCION DE GESTION INTEGRAL DEL RIESGO EN SALUD DE LA SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E.		
CONTRATO DE PRESTACION DE SERVICIOS PROFESIONALES No.	**PS 2138 2025**	**FECHA INICIO CONTRATO**	**2025/01/01**
VALOR INICIAL DEL CONTRATO	$ 8.016.078	**No. HORAS EJECUTADAS**	**0**
VALOR TOTAL DEL CONTRATO INCLUIDO ADICIONES:	$ 26.720.260	**VALOR DE HONORARIOS PERÍODO A CERTIFICAR:**	$ 2.672.026
PLAZO DEL CONTRATO INCLUYENDO PRORROGAS	DIEZ (10) MESES		
UNIDAD FUNCIONAL DE EJECUCIÓN DE ACTIVIDADES:	CENTRO DE SALUD PRIMERO DE MAYO		
NOMBRE DEL SUPERVISOR:	LORENSA BECERRA CAMARGO		

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	7. Apoyar en la digitación de los diferentes procesos bajo la supervisión de la dirección de gestión integral del riesgo. (NO APLICA PARA EL MES)
2	1. Realizar cruces entre las diferentes fuentes de información en salud. Se realiza cruce con la base de asignacion Capital salud, Coosalud, famisanar y Sanitas correspondiente al mes con los ajustes solicitados actualizando los DATOS BASICOS DEL USUARIO Se realiza el cruce solicitado entre base de niños de 5 años notificados con DNT con asignacion para identificacion de curso de vida y subred asignada. Se realiza el cruce en Herramienta de Monitoreo Primera Infancia (Lactancia materna, Escalas de tamizacion, medicamentos, higiene oral, agudeza visual, educaciones pyd y hc educativa, morbilidad, EDA,ANEMIA,OTITIS,ERA,740,741,742 Y CONSULTA RESOLUTIVA, Laboratorios,seguimientos auxiliareS,Valoracion integral, peso,talla,canguro materno y canguro victoria,ALTERACIONS NUTRICIONALES,DNT,IRA,DEF. CONGENITO,SALUD ORAL,CANALIZACIONES,ACTUALIZACION FORMULA SALUD ORAL, PAI 2024, PAI CONSOLIDADO 2023, PAI CONSOLIDADO 2024, VACUNACION COVID, ACTUALIZACION DE SEXO DESDE ASIGNACION, FORMULA RPMS PAI Y AL DIA EN VALORACION) Cruce de usuarios con Nutricion para reportar los Suplementos solicitados a niños menores de 5 años CS Se realiza el cruce solicitado entre base NOTIFICACION SEMANAL EVENTO 113 con asignacion para identificacion de curso de vida y subred asignada. Se realiza cruce de Asignacion del mes, actualizacion de edad y tipo de documento en la base de subcohorte primera infancia para envio de adscripcion Se realiza cruce de actividades rpms (herramienta de monitoreo) en la base de subcohorte primera infancia como insumo de indicadores fenix Se realiza la busqueda y alimentacion de datos manual en Cohorte Infancia (PAI y CONSULTAS DE VALORACION INTEGRAL) Se realiza el cruce y actualizacion en herramienta de monitoreo primera infancia la adscripcion correspondiente al mes (ADSCRIPCION, CAPS, ALTERACIONES NUTRUCIONALES, CCV,TRASMISIBLES,CANCER,MATERNO,EPOC,ASMA,SALUD MENTAL,VIOLENCIAS)
3	2. Diseñar y generar bases de datos para cada una de las cohortes del riesgo. Se realiza la consolidacion de consultas de alteracion 2175 infancia, adolescencia y mayores de 18 para cruce con herramienta de monitoreo del mes correspondiente Se consolida, cruza y revisa base glosa capital salud con actividades de la ruta de promocion y mantenimiento como (valoracion integral por medicina, valoracion integral por enfermeria, higiene oral, educaciones, planificacion y agudeza visual) Consolidacion diaria de usuarios enviados por sedes formulados con suplemento Plumpy Nut para envio a capital y despacho del mismo Se realiza el envio de consultas de valoracion integral mes para cruce por aplicativo Anthro e identificar el estado nutricional de los menores.
4	3. Descarga de bases Dinamica (16 fuentes) ajuste, revision con dinamica web y adecuaciones para cruces en las 6 herramientas de monitoreo seguimiento del envio, solicitud y adecuacion de insumos recibidos por otras cohortes para alimentar las 6 herramientas de monitoreo (19 INSUMOS) Descarga base planificacion reporte Coosalud Envio datos para adscripcion herramienta de monitoreo cohorte primera infancia Envio datos para adscripcion Subcohorte primera infancia
	5. Realizar apoyo en la generación y consolidación de indicadores de riesgo necesarios para el reporte mensual, semestral y anual. PMC CANGURO Consolidacion y revision para Reporte CS: cruces entre base canguro Dinamica, Canguro materno (sedes), Canguro Victoria (sede) y elaboracion de reporte y se agrega cabezote nuevo de presentacion

Se realiza el envio de herramienta de monitoreo primera infancia preliminar para la generacion de indicadores por parte de la lider de la cohorte

5	
6	4. Realizar los apoyos necesarios y acordes a su objeto contractual en el desarrollo de las actividades de la Dirección de Gestión Integral del Riesgo en Salud de la Subred Centro Oriente E.S.E. Reuniones asistencias tecnicas eps sanitas Ingreso Notificacion inmediata asignados capital salud a la sub-cohorte notificados semanalamente Sivigila evento 113 Se realiza el seguimiento a menor notificado por DNT aguda desde capital salud para identificar su asignacion, ingreso a la subcohorte primera infancia y actividades realizadas Se reliza el envio de las consultas de valoracion integral por medicina y enfermeria identificadas en el mes que por frecuencia de uso no ingresarian a la cohorte primera infancia para revision y posterior ingreso a la herramienta Ingreso Notificacion total mes de septiembre de la poblacion asignada capital salud Sivigila eventos 113-215-345-346-348 a la subcohorte primera infancia. Verificando para el ingres el estado de afiliacion de cada usuario, la subred asignada, la edad comprendida entre 0-5 años y que sean poblacion nueva. Reunion tecnicos y lideres para seguimiento semanal Se realiza la busqueda e ingreso manual de niños sin vacunas registradas para completar esquema de vacunacion Ingreso de seguimientos sedes en la Sub-cohorte Infancia eventos (113-215-345-348) 16 SEDES
7	6. Realizar apoyo al proceso de canalización en cada proceso o cohorte del riesgo en donde realice sus obligaciones. Se realiza el cierre semanal de canalizaciones de acuerdo a la cantiad enviada en la base por la tecnico encargada
8	8. Realizar la gestión documental de cada actividad realizada durante el mes y entregar el soporte al líder del proceso, la actividad deberá ser realizada de manera mensual. Se realizan las descargas de HC solicitadas para seguimientos o auditorias internas o externas. Elaboracion y entraga de cuenta de cobro formatos nuevos, cronograma de actividades y soportes.
9	9. Radicar en gestión documental los soportes obtenidos durante la ejecución del contrato de acuerdo a las especificaciones de archivo y con los criterios de la tabla de retención documental, al finalizar la ejecución del contrato no se deberá contar con archivo pendiente para almacenamiento. Contenidas en el formato de necesidad de personal que hace parte integral del presente contrato. (NO APLICA PARA EL MES)

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 (2025-09-01) AL (2025-09-30)

IV. INFORMACIÓN DE APORTES A SEGURIDAD SOCIAL

No. DE PLANILLA:	N° 89975082	OPERADOR:	MI PLANILLA

CONCEPTO DEL PAGO	ENTIDAD	FECHA DE PAGO	VALOR PAGADO
SALUD:	COMPENSAR	2025/09/22	$ 178.500
PENSIÓN:	PROTECCION	2025/09/22	$ 228.400
RIESGOS LABORALES:	SURA	2025/09/22	$ 34.800
OTRO			
TOTAL PAGADO			$ 441.700

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	*MARIA PAULA CASTRO PADILLA* *PS_2138_2025_BC5680* **MARIA PAULA CASTRO PADILLA** **CC: 1013627084**
FIRMA DE QUIEN VALIDA	*JESSIKA PAOLA TRIANA SAGASTUY* *PS_2138_2025_BC5680* **JESSIKA PAOLA TRIANA SAGASTUY** **SUPERVISOR ALTERNO**
FIRMA DE QUIEN CONVALIDA EL CUMPLIMIENTO DE LAS OBLIGACIONES PARA EL PRESENTE PERIODO DE PAGO	*LORENSA BECERRA CAMARGO* *PS_2138_2025_BC5680* **LORENSA BECERRA CAMARGO** **SUPERVISOR DEL CONTRATO**