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: (31-10-2025)					
NOMBRES Y APELLIDOS:	**DIANA MILENA DUEÑAS JIMENEZ**			**CC:**	**1023896534**
CORREO ELECTRÓNICO:	**DDUENASJ.PSN@GMAIL.COM**			**TELÉFONO:**	**3113020989**
DIRECCIÓN DOMICILIO:	**KR 5 48J 38 SUR**			**CIUDAD:**	**BOGOTA**
BANCO AL CUAL CONSIGNAR:		**TIPO DE CUENTA:**	**CORRIENTE**	**N° CUENTA:**	
DATOS DEL CONTRATO O ADICION Y PERIODO OBJETO DE PAGO					
Nº DEL CONTRATO:	**PS 7680 2025**	**VALOR CORRESPONDIENTE AL PERIODO OBJETO DE COBRO**			**$ 1.413.048**
FECHA DE INICIO CONTRATO	**2025/10/15**	**FECHA DE TERMINACIÓN CONTRATO:**			**2025/10/31**
PERIODO OBJETO DE COBRO:	**DEL 2025/10/17 AL 2025/10/30**				

DIANA MILENA DUEÑAS JIMENEZ
PS_7680_2025_789B0D

NOMBRE Y FIRMA DEL CONTRATISTA:
DIANA MILENA DUEÑAS JIMENEZ
CC: 1023896534
CEL: 3113020989

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			
DIANA MILENA DUEÑAS JIMENEZ			
	CON C.C N°	**1.023.896.534**	
OBJETO DEL CONTRATO:	PRESTAR SERVICIOS TECNICOS COMO AUXILIAR DE ENFERMERIA PARA DESARROLLAR ACTIVIDADES EN LA DIRECCION DE SERVICIOS AMBULATORIOS DE LA SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS EN SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E. - RESOLUCION 1499 26-08-2024 EBS DE MINISTERIO DE SALUD Y PROTECCION SOCIAL		
CONTRATO DE PRESTACION DE SERVICIOS PROFESIONALES No.	**PS 7680 2025**	**FECHA INICIO CONTRATO**	**2025/10/15**
VALOR INICIAL DEL CONTRATO	$ 1.416.671	**No. HORAS EJECUTADAS**	**104**
VALOR TOTAL DEL CONTRATO INCLUIDO ADICIONES:	$ 1.416.671	**VALOR DE HONORARIOS PERÍODO A CERTIFICAR:**	$ 1.413.048
PLAZO DEL CONTRATO INCLUYENDO PRORROGAS	DIECISIETE (17) DIAS		
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	Me comprometo a conocer y aplicar las normas y lineamientos establecidos por el Ministerio de Salud, especialmente los de la Resolución 1499 del 26 de agosto de 2024, para la implementación de los Equipos Básicos de Salud. Además, dejaré constancia de este proceso en las actas correspondientes, donde se evidencie la apropiación de la normatividad y el cumplimiento de los lineamientos establecidos.
2	SE PARTICIPO EN LAS ACTIVIDADES DE ACOMPAÑAMIENTO ENTRE PARES,LUGAR TERRITORIO
3	No se realiza el contacto telefónico con el usuario o su cuidador.
4	se realiza atencion a Cada usuario y es valorado para garantizar una atención adecuada y oportuna.
5	. Además, utilizo el aplicativo GTAPS para registrar, actualizar y hacer seguimiento a las atenciones realizadas, garantizando que la información de cada usuario quede correctamente registrada en la historia clínica digital. También dejo evidencia de este proceso en las actas correspondientes.
6	se realiza revision del esquema de vacunación de cada usuario para confirmar que tenga todas las vacunas registradas. Si noto que falta algún dato o el registro no está completo, informo al profesional del PAI para que realice la verificación y actualización correspondiente.
7	Ya se dio inicio al diligenciamiento del formato de usuarios caracterizados. El proceso se está realizando aplicando los criterios de calidad, oportunidad y pertinencia, con el fin de garantizar que la información registrada sea completa y confiable.

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 (2025-10-17) AL (2025-10-30)

IV. INFORMACIÓN DE APORTES A SEGURIDAD SOCIAL

No. DE PLANILLA:	N°	OPERADOR:	
CONCEPTO DEL PAGO	ENTIDAD	FECHA DE PAGO	VALOR PAGADO
SALUD:	FAMISANAR		$ 0
PENSIÓN:	PORVENIR		$ 0
RIESGOS LABORALES:	SEGUROS BOLIVAR		$ 0
OTRO			

TOTAL PAGADO	$ 0

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	*DIANA MILENA DUEÑAS JIMENEZ* *PS_7680_2025_789B0D* **DIANA MILENA DUEÑAS JIMENEZ** **CC: 1023896534**
FIRMA DE QUIEN CONVALIDA EL CUMPLIMIENTO DE LAS OBLIGACIONES PARA EL PRESENTE PERIODO DE PAGO	**BERTHA SOFIA DIAZ QUEVEDO** **SUPERVISOR DEL CONTRATO**