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:	**NATALIA ALEJANDRA CASTELLANOS SANCHEZ**				**CC:**	**1001298474**
CORREO ELECTRÓNICO:	**nataliacass447@gmail.com**				**TELÉFONO:**	**3219044292**
DIRECCIÓN DOMICILIO:	**KR 91 19A 29**				**CIUDAD:**	**BOGOTA**
BANCO AL CUAL CONSIGNAR:	**BBVA COLOMBIA**		**TIPO DE CUENTA:**	**AHORROS**	**N° CUENTA:**	**157009395**
DATOS DEL CONTRATO O ADICION Y PERIODO OBJETO DE PAGO						
Nº DEL CONTRATO:	**PS 6264 2025**	**N° CDP:**	**2075**	**N°. RP:**	**0**	**PLAZO DEL CONTRATO INCLUIDAS PRORROGAS: UN (01) MES Y VEINTIUN (21) DIAS**
FECHA DE INICIO CONTRATO	**2025/09/10**	**FECHA DE TERMINACIÓN CONTRATO:**		**2025/10/31**		
PERIODO OBJETO DE COBRO:	**DEL 2025/09/12 AL 2025/09/30**					
VALOR A PAGAR CORRESPONDIENTE AL PERIODO OBJETO DE COBRO	**$ 4.769.037**					

NATALIA ALEJANDRA CASTELLANOS SANCHEZ
PS_6264_2025_E53F9B

NOMBRE Y FIRMA DEL CONTRATISTA:
NATALIA ALEJANDRA CASTELLANOS SANCHEZ
CC: 1001298474
CEL: 3219044292

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			
NATALIA ALEJANDRA CASTELLANOS SANCHEZ			
	CON C.C N°	**1.001.298.474**	
OBJETO DEL CONTRATO:	PRESTAR SERVICIOS PROFESIONALES COMO MEDICO 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 6264 2025**	**FECHA INICIO CONTRATO**	**2025/09/10**
VALOR INICIAL DEL CONTRATO	$ 12.750.041	**No. HORAS EJECUTADAS**	**117**
VALOR TOTAL DEL CONTRATO INCLUIDO ADICIONES:	$ 12.750.041	**VALOR DE HONORARIOS PERÍODO A CERTIFICAR:**	$ 4.769.037
PLAZO DEL CONTRATO INCLUYENDO PRORROGAS	UN (01) MES Y VEINTIUN (21) 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	9. EL MÉDICO GENERAL ESTARÁ PRESENTE CON EL USUARIO CUANDO SE REQUIERA COMUNICACIÓN TELEFÓNICA CON MÉDICO FAMILIAR, INTERNISTA O PSIQUIATRÍA DE LA SUBRED, QUIENES REALIZARÁN UNA TELEASISTENCIA O SE ASIGNARÁ UNA CONSULTA CON LOS ESPECIALISTAS PARA FORTALECER LA RESOLUTIVIDAD DE LA PATOLOGÍA O EN SU DEFECTO EVITAR Y DISMINUIR LAS COMPLICACIONES.
2	8. REGISTRAR INFORMACIÓN EN LA BASE DE DATOS DE ATENCIONES EN SALUD Y DILIGENCIAR EL PLAN DE CUIDADO CON LAS RECOMENDACIONES DEFINIDAS SEGÚN LOS HALLAZGOS Y LA CONCERTACIÓN DE COMPROMISOS CON LOS INTEGRANTES DE LA FAMILIA; DESDE EL PERFIL DE MEDICINA,,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.
3	1. VALORAR DE MANERA INTEGRAL EL ESTADO DE SALUD DE LOS USUARIOS OBJETO DE INTERVENCIÓN YA QUE SE REALIZARON CONSULTAS RESOLUTIVAS, DE ENFERMEDADES CRÓNICAS QUE INCLUYEN HIPERTENSIÓN ARTERIAL, DIABETES MELLITUS TIPO 2 Y EPOC, ADICIONALMENTE CONSULTAS DE PYD - CONSULTAS DE VALORACIÓN INTEGRALES POR CURSO DE VIDA CONSOLIDADAS EN DINÁMICA GERENCIAL.
4	2. IDENTIFICAR LOS PRINCIPALES CAMBIOS EN EL DESARROLLO, TENIENDO COMO BASE QUE DESDE EL PERFIL DE MEDICINA SE LOGRAN Y SE DEBEN IDENTIFICAR LOS PRINCIPALES CAMBIOS EN EL DESARROLLO FÍSICO, EMOCIONAL Y SOCIAL DEL PACIENTE DE ACUERDO CON SU CURSO DE VIDA Y POSTERIORMENTE DEBEN SER REGISTRADAS EN LA HISTORIA CLÍNICA; ESTA OBSERVACIÓN PERMITE DETECTAR ALTERACIONES TEMPRANAS Y APLICAR INTERVENCIONES DE PROMOCIÓN Y PREVENCIÓN, O REMITIR OPORTUNAMENTE A LOS PROFESIONALES CORRESPONDIENTES.
5	3. IDENTIFICAR OPORTUNAMENTE FACTORES DE RIESGO CON EL FIN DE PREVENIRLOS O DERIVARLOS PARA SU MANEJO OPORTUNO REALIZANDO ANAMNESIS, TAMIZAJES DE RIESGO CARDIOMETABÓLICO, ESCALAS DE DEPENDENCIA FUNCIONAL, ESCALA ABREVIADA DEL DESARROLLO, VALE, VALORACIÓN NUTRICIONAL,CON CANALIZACIONES A LAS DIFERENTES RUTAS INTEGRALES DE SALUD, DESDE LA HISTORIA CLÍNICA.
6	4. IDENTIFICAR Y POTENCIAR CAPACIDADES, HABILIDADES Y PRÁCTICAS PARA PROMOVER EL CUIDADO DE LA SALUD EN EL QUE SE BRINDA EDUCACIÓN SOBRE HÁBITOS DE VIDA SALUDABLE DE ACUERDO A LO ENCONTRADO EN CADA PACIENTE.
7	5. CONSTRUIR CONCERTADAMENTE CON EL USUARIO EL PLAN DE CUIDADO, POR LO QUE SE DEBE REALIZAR UN PLAN DE CUIDADO INDIVIDUAL, SEGÚN LO IDENTIFICADO EN LA CONSULTA,TRATAMIENTO FARMACOLÓGICO Y NO FARMACOLÓGICO.
8	6. REALIZAR LOS REGISTROS EN EL FORMATO DE HISTORIA CLÍNICA PARA CADA RIA ESTABLECIDO POR LA SISS PARA CADA TIPO DE HISTORIAS CLÍNICAS, COMO LO SON: RESOLUTIVA O DE VALORACIÓN INTEGRAL EN SU FORMATO CORRESPONDIENTE EN DINÁMICA GERENCIAL.
	7. EN CASO DE IDENTIFICAR EVENTOS DE INTERÉS EN SALUD PÚBLICA SE DEBE REALIZAR LA NOTIFICACIÓN AL SUBSISTEMA CORRESPONDIENTE Y NOTIFICAR AL LÍDER OPERATIVO; DURANTE EL MES NO SE REALIZÓ FICHAS DE NOTIFICACIÓN, SIN EMBARGO, DESDE EL PERFIL DE MEDICINA, EN CASO DE IDENTIFICAR UN EVENTO DE INTERÉS EN SALUD PÚBLICA DURANTE LA ATENCIÓN INTRAMURAL, SE REALIZARÁ INMEDIATAMENTE LA NOTIFICACIÓN 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	
10	10. LLAMAR AL AUXILIAR DE ENFERMERÍA DEL GRUPO FAMILIAR PARA AGENDAR CITA CON ESPECIALISTAS; SE DEBE REALIZAR LA GESTIÓN DE CITAS MÉDICAS SOLICITADAS DESDE DINAMICA GERENCIAL.
11	11. DEBERÁ ORDENAR LOS EXÁMENES DIAGNÓSTICOS DE ACUERDO CON LA GUÍA DE PRÁCTICA CLÍNICA RESPECTIVA, PARA ASÍ DISPONER DE RESULTADOS EL DÍA DE LA CONSULTA CON EL ESPECIALISTA, ESTAS ÓRDENES DEBEN SER DE CONOCIMIENTO DEL AGENDADOR CUANDO CORRESPONDA, PARA PROCEDER A ESTABLECER EL AGENDAMIENTO DE LA LECTURA DE RESULTADOS; EN ESTE MES NO SE REALIZÓ TELECONSULTA, SIN EMBARGO, SI SE INDICARON ÓRDENES MÉDICAS, Y CONSULTAS POR ESPECIALISTAS.
12	12. EN CASO DE ENCONTRAR UNA EMERGENCIA EN CUALQUIERA DE LAS CONSULTAS SE 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 PÁGINA 3 DE 250 SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E APOYO-GESTION DE CONTRATACION FORMATO MINUTA CONTRATOS OPS CÓDIGO: AP-IA-FT-076 VERSIÓN: 1 FECHA: 2024-07-04 -IPS QUE PUEDA ATENDERLO. ANTE LA PRESENCIA DE UNA EMERGENCIA DURANTE LA CONSULTA, EL PROFESIONAL DE MEDICINA 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. SE DEBE COLOCAR SI REALIZÓ O NO LA ACTIVACIÓN CRUE, EN CASO DE ACTIVACIÓN COLOCAR SE REMITEN CANTIDAD DE USUARIOS SI NO, COLOCAR NO SE REALIZA ACTIVACIÓN CRUE DURANTE LAS ATENCIONES REALIZADAS EN EL MES DE SEPTIEMBRE
13	13. REALIZAR VALORACIONES INTEGRALES EN JORNADAS DE SALUD. SE REALIZA VALORACIÓN INTEGRAL POR MEDICINA EN LAS EL CAPS SAN JORGE, ABORDANDO POBLACIÓN CON NECESIDADES EN SALUD.
14	14. DETECCIÓN TEMPRANA DE ALTERACIONES, FORMULACIÓN Y EDUCACIÓN EN SALUD, EN LOS DIFERENTES CURSOS DE VIDA SE REALIZÓ DEMANDA INDUCIDA A VALORACIÓN INTEGRAL, DETECCIÓN TEMPRANA Y PROTECCIÓN ESPECÍFICA.
15	15. ASISTIR A LOS COMITÉS DE SALUD: SE ASISTIÓ A COMITÉS Y/O CAPACITACIONES PROGRAMADAS DURANTE EL MES EN LAS UNIDADES Y AUDITORIOS ASIGNADOS.
16	17. REALIZAR DEMÁS ACTIVIDADES RELACIONADAS CON EL OBJETO CONTRACTUAL QUE ASIGNE EL SUPERVISOR DEL CONTRATO BAJO EL CONVENIO DE EBS DE MINISTERIO DE SALUD Y PROTECCIÓN SOCIAL SEGÚN RESOLUCIÓN 1499 26-08-2024.CONTENIDAS EN EL FORMATO DE NECESIDAD DE PERSONAL QUE HACE PARTE INTEGRAL DEL PRESENTE CONTRATO 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.
17	16. SE REALIZA LA INTERVENCIÓN; HISTORIA CLÍNICA ESTABLECIDA EN LA SISS DILIGENCIADA, ÓRDENES MÉDICAS, FICHA DE NOTIFICACIÓN SEGÚN EVENTO DE INTERÉS EN SALUD PÚBLICA IDENTIFICADO Y PLAN DE CUIDADO DURANTE EL MES EN EJECUCIÓN, SE ENTREGARON LOS SIGUIENTES PRODUCTOS CONFORME A LO ESTABLECIDO EN LOS LINEAMIENTOS TÉCNICOS: -HISTORIA CLÍNICA DILIGENCIADA EN LA PLATAFORMA DINÁMICA, ELABORADA SEGÚN LA VALORACIÓN INDIVIDUAL Y LA PERTINENCIA CLÍNICA DE CADA USUARIO ATENDIDO. -DURANTE LA EJECUCIÓN DEL MES NO SE REALIZAN CANALIZACIÓN POR SIRC -DURANTE LA EJECUCIÓN DEL MES NO SE REALIZA FICHAS DE NOTIFICACIÓN DE EVENTOS EN INTERÉS EN SALUD PÚBLICA CONFORME A LOS LINEAMIENTOS DE SIVIGILA. -PLAN DE CUIDADO DISEÑADO SEGÚN NECESIDADES DETECTADAS EN LA CONSULTA RESOLUTIVA PRIORIZANDO ACCIONES DE PROMOCIÓN, PREVENCIÓN Y SEGUIMIENTO INDIVIDUAL, ASI COMO EN LAS CONSULTAS DE CRÓNICOS Y PYD.

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 (2025-09-12) AL (2025-09-30)

IV. INFORMACIÓN DE APORTES A SEGURIDAD SOCIAL

No. DE PLANILLA:	N°	OPERADOR:	

CONCEPTO DEL PAGO	ENTIDAD	FECHA DE PAGO	VALOR PAGADO
SALUD:	SANITAS		$ 0
PENSIÓN:	PORVENIR		$ 0
RIESGOS LABORALES:	SURA		$ 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	*NATALIA ALEJANDRA CASTELLANOS SANCHEZ* *PS_6264_2025_E53F9B* **NATALIA ALEJANDRA CASTELLANOS SANCHEZ** **CC: 1001298474**
FIRMA DE QUIEN CONVALIDA EL CUMPLIMIENTO DE LAS OBLIGACIONES PARA EL PRESENTE PERIODO DE PAGO	*BERTHA SOFIA DIAZ QUEVEDO* *PS_6264_2025_E53F9B* **BERTHA SOFIA DIAZ QUEVEDO** **SUPERVISOR DEL CONTRATO**