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:	**MARCOS TULIO JIMENEZ MOLINA**			**CC:**	**9022137**
CORREO ELECTRÓNICO:	**TULIOMOLINA2631@GMAIL.COM**			**TELÉFONO:**	**3126331255**
DIRECCIÓN DOMICILIO:	**KR 10A ESTE 48A 20 SUR**			**CIUDAD:**	**BOGOTA**
BANCO AL CUAL CONSIGNAR:	**BANCO DAVIVIENDA S.A.**	**TIPO DE CUENTA:**	**AHORROS**	**N° CUENTA:**	**451800207677**
DATOS DEL CONTRATO O ADICION Y PERIODO OBJETO DE PAGO					
Nº DEL CONTRATO:	**PS 7451 2025**	**VALOR CORRESPONDIENTE AL PERIODO OBJETO DE COBRO**			**$ 1.834.245**
FECHA DE INICIO CONTRATO	**2025/10/08**	**FECHA DE TERMINACIÓN CONTRATO:**			**2025/10/31**
PERIODO OBJETO DE COBRO:	**DEL 2025/10/10 AL 2025/10/31**				

MARCOS TULIO JIMENEZ MOLINA
PS_7451_2025_4DAEC4

NOMBRE Y FIRMA DEL CONTRATISTA:
MARCOS TULIO JIMENEZ MOLINA
CC: 9022137
CEL: 3126331255

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

MARCOS TULIO JIMENEZ MOLINA

CON C.C N°	**9.022.137**

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 7451 2025**	**FECHA INICIO CONTRATO**	**2025/10/08**
VALOR INICIAL DEL CONTRATO	$ 2.000.006	**No. HORAS EJECUTADAS**	**135**
VALOR TOTAL DEL CONTRATO INCLUIDO ADICIONES:	$ 2.000.006	**VALOR DE HONORARIOS PERÍODO A CERTIFICAR:**	$ 1.834.245
PLAZO DEL CONTRATO INCLUYENDO PRORROGAS	VEINTICUATRO (24) 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	1 SE REALIZA LA VERIFICACIÓN DE FRECUENCIA DE USO SEGÚN EL ESQUEMA DE INTERVENCIONES/ATENCIONES EN SALUD INDIVIDUALES DEFINIDO EN EL LINEAMIENTO TÉCNICO Y OPERATIVO DE LA RPMS (RESOLUCIÓN 3280-2018), CON EL FIN DE DEFINIR EL TIPO DE ATENCIÓN QUE LE CORRESPONDE A CADA USUARIO 2 DURANTE EL MES DE AGOSTO REALIZA LA CARACTERIZACIÓN EN EL SECTOR CATASTRAL DE EL PARAISO Y SE DERIVAN A PERFILES SEGÚN PRIORIDAD O PATOLOGÍA 3 SE REALIZA CONSULTA EN APLICATIVO ADRES PARA VERIFICAR EL EAPB Y SU RÉGIMEN CON EL FIN DE CONFIRMAR EAPB PARA DERIVACIÓN A PROFESIONALES 4 SE SOLICITA INFORMACIÓN DE CONTACTO DE LOS USUARIOS PARA QUE EL PROFESIONAL PUEDA ESTABLECER UNA UBICACIÓN Y FECHA PARA ACORDAR LA ATENCIÓN. 5 SE REALIZA INDAGACIÓN DE DATOS PERSONALES, FAMILIARES, SOCIOECONÓMICOS, GEOGRÁFICOS CON EL FIN DE VERIFICAR FACTORES DE RIESGO EN SALUD. 6 SE REALIZA ASISTENCIA A COMITÉS DE CUIDADO Y CAPACITACIÓN 8 VERIFICAR FACTORES DE RIESGO POBLACIONAL EN SALUD EN EL SECTOR CATASTRAL VISITADO 9 SE REALIZA REGISTRO EN EL APLICATIVO GTAPS PARA EVALUAR Y NOTIFICAR ALERTAS, SIGNOS, COMPROMISOS REALIZADOS DURANTE LA VISITA Y TAMIZAJES 10 SE REALIZA TOMA DE SIGNOS VITALES, MEDIDAS ANTROPOMÉTRICAS, TAMIZAJES PARA EVALUAR CONDICIONES FÍSICAS Y MENTALES DE LOS PACIENTES
2	DEBERÁ PARTICIPAR EN LAS CAPACITACIONES DE LOS APLICATIVOS REQUERIDOS PARA EL REGISTRO DE LAS INTERVENCIONES, TALES COMO EL SISTEMA DE GESTIÓN TERRITORIAL PARA LA ATENCIÓN PRIMARIA SOCIAL GTAPS Y DINÁMICA GERENCIAL EN LO RELACIONADO CON LA HISTORIA CLÍNICA.
3	VERIFICACIÓN DE FRECUENCIA DE USO SEGÚN EL ESQUEMA DE INTERVENCIONES/ATENCIONES EN SALUD INDIVIDUALES DEFINIDO EN EL LINEAMIENTO TÉCNICO Y OPERATIVO DE LA RPMS (RESOLUCIÓN 3280-2018), CON EL FIN DE DEFINIR EL TIPO DE ATENCIÓN QUE LE CORRESPONDE A CADA USUARIO.
	GARANTIZAR LA APERTURA DE LA HISTORIA CLÍNICA EN EL APLICATIVO DINÁMICA GERENCIAL Y EL APLICATIVO GTAPS 4. DEBERÁ REALIZAR LA PROGRAMACIÓN Y ATENCIÓN SEGÚN LA PERIODICIDAD DE LOS SEGUIMIENTOS, ASÍ COMO LA MODALIDAD PRESENCIAL O TELEFÓNICA, DEPENDIENDO DE LA CLASIFICACIÓN FAMILIAR (ALTA, MEDIA Y BAJA), REGISTRANDO EL DESARROLLO EN EL APLICATIVO EN LÍNEA GTAPS. ASÍ MISMO, DEBERÁ REALIZAR LA ATENCIÓN Y REGISTRO DE LOS INTEGRANTES DE LA FAMILIA DE ACUERDO CON SU CONDICIÓN DE SALUD Y LA CLASIFICACIÓN CORRESPONDIENTE (TIPO 1, 2, 3 Y 4). 12. EN CASO DE QUE LA FAMILIA REPORTE INTEGRANTES PERTENECIENTES A

POBLACIÓN PRIORIZADA, TALES COMO MUJERES GESTANTES, NIÑOS MENORES DE CINCO AÑOS, PERSONAS CON ENFERMEDADES CRÓNICAS, ADULTOS MAYORES, PERSONAS EN CONDICIÓN DE DISCAPACIDAD O DEPENDENCIA Y SUS CUIDADORES, DEBERÁ PROGRAMARSE UNA NUEVA VISITA EN LA QUE EL USUARIO SE ENCUENTRE PRESENTE Y RECIBA LA ATENCIÓN EN SALUD POR PARTE DEL EQUIPO.

4	
5	CONSULTAR EN EL APLICATIVO PLAN AMPLIADO DE INMUNIZACIÓN - PAI WEB 2.0 DE LA SECRETARIA DISTRITAL DE SALUD EL ESQUEMA DE VACUNACIÓN DEL USUARIO. EN CASO DE NO ENCONTRAR REGISTRO COMPLETO DE LOS BIOLÓGICOS, INFORMAR AL PROFESIONAL DE PAI. 5. REALIZAR CONTACTO TELEFÓNICO CON EL USUARIO O CUIDADOR CON EL FIN DE VERIFICAR DATOS DE UBICACIÓN E INFORMAR EL DÍA EN QUE SE REALIZARÁ LA ATENCIÓN EN CASA

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 (2025-10-10) AL (2025-10-31)

IV. INFORMACIÓN DE APORTES A SEGURIDAD SOCIAL

No. DE PLANILLA:	N°	OPERADOR:	
CONCEPTO DEL PAGO	ENTIDAD	FECHA DE PAGO	VALOR PAGADO
SALUD:	SURA		$ 0
PENSIÓN:	COLPENSIONES		$ 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

MARCOS TULIO JIMENEZ MOLINA
PS_7451_2025_4DAEC4
MARCOS TULIO JIMENEZ MOLINA
CC: 9022137

BERTHA SOFIA DIAZ QUEVEDO
PS_7451_2025_4DAEC4
BERTHA SOFIA DIAZ QUEVEDO

SUPERVISOR DEL CONTRATO

FIRMA DE QUIEN CONVALIDA EL CUMPLIMIENTO DE LAS OBLIGACIONES PARA EL PRESENTE PERIODO DE PAGO	