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:	**ENGGIE JULIETTE VIVAS BALCAZAR**			**CC:**	**1012380311**
CORREO ELECTRÓNICO:	**ENGIEJV@GMAIL.COM**			**TELÉFONO:**	**3123162286**
DIRECCIÓN DOMICILIO:	**KR 5B BIS 48P 92 SUR**			**CIUDAD:**	**BOGOTA**
BANCO AL CUAL CONSIGNAR:	**BANCO DAVIVIENDA S.A.**	**TIPO DE CUENTA:**	**AHORROS**	**N° CUENTA:**	**477170026330**
DATOS DEL CONTRATO O ADICION Y PERIODO OBJETO DE PAGO					
Nº DEL CONTRATO:	**PS 7379 2025**	**VALOR CORRESPONDIENTE AL PERIODO OBJETO DE COBRO**			**$ 2.381.400**
FECHA DE INICIO CONTRATO	**2025/10/07**	**FECHA DE TERMINACIÓN CONTRATO:**			**2025/10/31**
PERIODO OBJETO DE COBRO:	**DEL 2025/10/07 AL 2025/10/31**				

ENGGIE JULIETTE VIVAS BALCAZAR
PS_7379_2025_1FD789

NOMBRE Y FIRMA DEL CONTRATISTA:
ENGGIE JULIETTE VIVAS BALCAZAR
CC: 1012380311
CEL: 3123162286

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 ENGGIE JULIETTE VIVAS BALCAZAR				
	CON C.C N°	**1.012.380.311**		
OBJETO DEL CONTRATO:	PRESTAR SERVICIOS DE APOYO A LA GESTION COMO GESTOR TECNICO MAS BIENESTAR 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 PARA EL DESARROLLO DEL CONVENIO MAS BIENESTAR			
CONTRATO DE PRESTACION DE SERVICIOS PROFESIONALES No.	**PS 7379 2025**	**FECHA INICIO CONTRATO**	**2025/10/07**	
VALOR INICIAL DEL CONTRATO	$ 2.484.000	**No. HORAS EJECUTADAS**	**147**	
VALOR TOTAL DEL CONTRATO INCLUIDO ADICIONES:	$ 2.484.000	**VALOR DE HONORARIOS PERÍODO A CERTIFICAR:**	$ 2.381.400	
PLAZO DEL CONTRATO INCLUYENDO PRORROGAS	VEINTICINCO (25) DIAS			
UNIDAD FUNCIONAL DE EJECUCIÓN DE ACTIVIDADES:	CENTRO DE SALUD PRIMERO DE MAYO			
NOMBRE DEL SUPERVISOR:	LIDA ESPERANZA MONTENEGRO PARRA			

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	Brindé atención de calidad y en los tiempos estipulados, contribuyendo al desarrollo de las actividades del convenio Más Bienestar Equipos Básicos Extramurales entre el FDS y la Subred, asegurando el bienestar de los usuarios.
2	Elaboré y entregué el cronograma mensual de actividades y, al finalizar cada mes, entregué un informe detallado de las actividades realizadas en cumplimiento con las metas establecidas en el convenio.
3	Durante el mes, apoyé la prestación de servicios dentro del convenio Más Bienestar, entregando la información y los soportes necesarios conforme a los anexos y lineamientos técnicos establecidos.
4	Participé activamente en actividades orientadas al mejoramiento de la calidad de los servicios de salud, aportando ideas y ejecutando acciones dentro de los planes de mejoramiento de los estándares de habilitación y acreditación.
5	Me aseguré de estudiar y comprender los anexos y lineamientos técnicos del convenio Más Bienestar, aplicando este conocimiento en la atención diaria y en mis interacciones con los pacientes
6	Brindé apoyo en los procesos de asistencia técnica, aplicando mis conocimientos y habilidades de enfermería, para asegurar que las intervenciones fueran adecuadas y eficaces.
7	Revisé y preparé cuidadosamente los formatos, documentos y bases de datos generados como resultado de las actividades realizadas, garantizando su calidad y cumplimiento con los lineamientos técnicos
8	Gestioné los acercamientos necesarios con la comunidad y las instituciones locales, para facilitar el desarrollo de las acciones de salud del convenio.
9	Identifiqué y notifiqué los eventos de interés en salud pública detectados durante mis intervenciones, asegurando que se activara el protocolo correspondiente.
10	Asistí a todas las asistencias técnicas convocadas por la Secretaría Distrital de Salud, participando activamente en la discusión de los procesos y asegurando el cumplimiento de las actividades, metas y productos establecidos.
11	Organicé y mantuve el archivo de documentación conforme a la normatividad vigente y la tabla de retención documental, asegurando que todos los registros estuvieran disponibles cuando se necesitaran
12	Cumplí con todas las obligaciones adicionales relacionadas con el objeto del contrato, según lo requerido por la supervisión y conforme a las necesidades de los procesos en curso
13	Realicé la caracterización sociodemográfica completa y de calidad de cada familia, siguiendo los lineamientos establecidos, como la toma de medidas antropométricas y la aplicación de los cuestionarios pertinentes.
14	Diligencié de manera oportuna y con la mayor precisión posible la información recolectada durante las caracterizaciones, ingresándola en el aplicativo GTAPS dentro de las primeras 24 horas de la intervención.
15	Presenté el cronograma de actividades junto con los insumos preparados, como mapas base, matrices, cartografía y datos poblacionales, para la correcta planificación de las intervenciones.
16	Elaboré y presenté el mapa con el registro de la cartografía realizada, así como la matriz con la información cuantitativa y cualitativa obtenida durante las visitas.
17	Participé activamente en el comité territorial, colaborando con la revisión y análisis de la información de cartografía, matrices e informes, y contribuyendo con mis observaciones en las conclusiones del comité de cuidado.
18	Registé todas las actividades realizadas en los instrumentos definidos para la captura de información, como las planillas de familias con consentimiento informado, asegurando la calidad de los datos.

19	Gestioné de manera efectiva los riesgos en salud identificados durante las intervenciones, activando las rutas correspondientes y notificando los eventos de interés en salud pública de acuerdo con los procedimientos establecidos.
20	Cumplí con todas las obligaciones establecidas en el anexo técnico del convenio Más Bienestar, siguiendo los lineamientos técnicos y operativos, y asegurando la ejecución adecuada de mis responsabilidades.

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 (2025-10-07) 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:	NUEVA EPS		$ 0
PENSIÓN:	PROTECCION		$ 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	*ENGGIE JULIETTE VIVAS BALCAZAR* *PS_7379_2025_1FD789* **ENGGIE JULIETTE VIVAS BALCAZAR** **CC: 1012380311**
FIRMA DE QUIEN VALIDA	*SANDRA YANNETH CONTRERAS PEÑALOSA* *PS_7379_2025_1FD789* **SANDRA YANNETH CONTRERAS PEÑALOSA** **SUPERVISOR ALTERNO**

LIDA ESPERANZA MONTENEGRO PARRA
PS_7379_2025_1FD789
LIDA ESPERANZA MONTENEGRO PARRA

SUPERVISOR DEL CONTRATO

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

aportes en línea

Resumen General de Pago

DATOS GENERALES DEL APORTANTE

Identificación	dv	Razon Social	Clase Aportante	Sucursal Principal	Direccion	Ciudad-Departamento	Teléfono	Exonerado SENA e ICBF
CC 1012380311		VIVAS BALCAZAR ENGGIE JULIETTE	INDEPENDIENTE	PRINCIPAL	diagonal 74 c sur N 78I 35	BOGOTA-BOGOTA D.E.	4919472	No

DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION

Periodo		Clave		Tipo	Fecha		Pago		
Pensión	Salud	Pago	Planilla	Planilla	Limite	Pago	Banco	Dias Mora	Valor
2025-09	2025-09	1842873782	9491947956	I	2025/10/03	2025/10/10	NEQUI	7	$451,200

LIQUIDACION DETALLADA DE APORTES

EMPLEADO			PENSION				SALUD				CCF				RIESGOS				PARAFISCALES		
No.	Identificación	Nombres	Codigo	Días	IBC	Aporte	Codigo	Días	IBC	Aporte	Codigo	Días	IBC	Aporte	Codigo	Días	IBC	Aporte	Días	IBC	Aporte
Sucursal: PRINCIPAL (1 Afiliados)					$1,423,500	$227,800			$1,423,500	$178,000			$1,423,500	$8,600			$1,423,500	$34,700		$0	$0
Centro de Trabajo: PRINCIPAL (1 Afiliados)					$1,423,500	$227,800			$1,423,500	$178,000			$1,423,500	$8,600			$1,423,500	$34,700		$0	$0
Ciudad: BOGOTA Depto: BOGOTA D.E. (1 Afiliados)					$1,423,500	$227,800			$1,423,500	$178,000			$1,423,500	$8,600			$1,423,500	$34,700		$0	$0
1	CC	1012380311 VIVAS ENGGIE	230201	30	$1,423,500	$227,800	EPS037	30	$1,423,500	$178,000	CCF24	30	$1,423,500	$8,600	14-11	30	$1,423,500	$34,700	30	$0	$0
Total		**Afiliados(1)**			$1,423,500	$227,800			$1,423,500	$178,000			$1,423,500	$8,600			$1,423,500	$34,700		$0	$0

aportes en línea

Resumen General de Pago

DATOS GENERALES DEL APORTANTE

Identificación	dv	Razon Social	Clase Aportante	Sucursal Principal	Direccion	Ciudad-Departamento	Teléfono	Exonerado SENA e ICBF
CC 1012380311		VIVAS BALCAZAR ENGGIE JULIETTE	INDEPENDIENTE	PRINCIPAL	diagonal 74 c sur N 78I 35	BOGOTA-BOGOTA D.E.	4919472	No

DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION

Periodo		Clave		Tipo	Fecha		Pago		
Pensión	Salud	Pago	Planilla	Planilla	Limite	Pago	Banco	Dias Mora	Valor
2025-09	2025-09	1842873782	9491947956	I	2025/10/03	2025/10/10	NEQUI	7	$451,200

RESUMEN DE PAGO

RIESGO	CODIGO	NIT	DV	AFILIADOS	VALOR LIQUIDADO	INTERESES MORA	SALDOS E INCAPACIDADES	VALOR A PAGAR
AFP (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$227,800	$1,000	$0	$228,800
PROTECCION	230201	800,229,739	0	1	$227,800	$1,000	$0	$228,800
ARL (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$34,700	$200	$0	$34,900
ARL SURA	14-11	890,903,790	5	1	$34,700	$200	$0	$34,900
CCF (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$8,600	$100	$0	$8,700
COMPENSAR	CCF24	860,066,942	7	1	$8,600	$100	$0	$8,700
EPS (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$178,000	$800	$0	$178,800
NUEVA E.P.S.	EPS037	900,156,264	2	1	$178,000	$800	$0	$178,800
TOTAL				1	$449,100	$2,100	$0	$451,200

Comprobante de pago

Pago realizado

Pago en
Aportes En Linea

¿Cuánto?
$ 451.200,00

Fecha
10 de octubre de 2025 a las 11:26 a. m.

Referencia
M9218256

VIGILADO Superintendencia Financiera de Colombia

Id de pago	Número de factura	Fecha de emisión	Fecha de recepción	Valor total de la factura	Estado
No existen resultados que cumplan con los criterios de búsqueda especificados					

Crear

Documentos de ejecución del contrato

	Descripción	Nombre del archivo	Cargado por		
☐	PS 4910 2025 CUENTA COBRO MES MARZO 2025.pdf	PS 4910 2025 CUENTA COBRO MES MARZO 2025.pdf	Comprador	Descargar	Detalle
☐	PS 4910 2025 CUENTA DE COBRO MES ABR 2025.pdf	PS 4910 2025 CUENTA DE COBRO MES ABR 2025.pdf	Comprador	Descargar	Detalle
☐	PS 4910 2025 CUENTA DE COBRO MES MAY 2025.pdf	PS 4910 2025 CUENTA DE COBRO MES MAY 2025.pdf	Comprador	Descargar	Detalle
☐	PS 4910 2025 CRP 27-05-2025.pdf	PS 4910 2025 CRP 27-05-2025.pdf	Comprador	Descargar	Detalle
☐	PS 4910 2025 CUENTA DECOBRO MES JUNIO 2025.pdf	PS 4910 2025 CUENTA DECOBRO MES JUNIO 2025.pdf	Comprador	Descargar	Detalle
☐	PS 4910 2025 CUENTA DECOBRO MES JULIO 2025.pdf	PS 4910 2025 CUENTA DECOBRO MES JULIO 2025.pdf	Comprador	Descargar	Detalle
☐	2 PS 4910 2025 CRP-12744.pdf	2 PS 4910 2025 CRP-12744.pdf	Comprador	Descargar	Detalle
☐	3 PS 4910 2025 CRP-13117.pdf	3 PS 4910 2025 CRP-13117.pdf	Comprador	Descargar	Detalle
☐	4 PS 4910 2025 CRP-21272.pdf	4 PS 4910 2025 CRP-21272.pdf	Comprador	Descargar	Detalle
☐	5 PS 4910 2025 CRP-22906.pdf	5 PS 4910 2025 CRP-22906.pdf	Comprador	Descargar	Detalle
☐	PS 4910 2025 CUENTA DECOBRO MES AGOSTO 2025.pdf	PS 4910 2025 CUENTA DECOBRO MES AGOSTO 2025.pdf	Comprador	Descargar	Detalle
☐	PS 4910 2025 CUENTA DECOBRO MES JULIO 2025-1.pdf	PS 4910 2025 CUENTA DECOBRO MES JULIO 2025-1.pdf	Comprador	Descargar	Detalle
☐	PS 4910 2025 CUENTA DECOBRO MES AGT 2025.pdf	PS 4910 2025 CUENTA DECOBRO MES AGT 2025.pdf	Comprador	Descargar	Detalle
☐	PS 4910 2025 CUENTA DECOBRO MES SETP 2025.pdf	PS 4910 2025 CUENTA DECOBRO MES SETP 2025.pdf	Comprador	Descargar	Detalle

Borrar | Cargar nuevo

Cancelar

< | Evaluación de la Entidad Estatal | >