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:	**LEIDY LILIANA CRISTANCHO DAVILA**			**CC:**	**1018416995**
CORREO ELECTRÓNICO:	**leidyliliana149@gmail.com**			**TELÉFONO:**	**3173392162**
DIRECCIÓN DOMICILIO:	**CL 27 SUR 9 16**			**CIUDAD:**	**BOGOTA**
BANCO AL CUAL CONSIGNAR:	**BANCOLOMBIA**	**TIPO DE CUENTA:**	**AHORROS**	**N° CUENTA:**	**42836647518**
DATOS DEL CONTRATO O ADICION Y PERIODO OBJETO DE PAGO					
Nº DEL CONTRATO:	**PS 6384 2025**	**VALOR CORRESPONDIENTE AL PERIODO OBJETO DE COBRO**			**$ 2.500.008**
FECHA DE INICIO CONTRATO	**2025/09/19**	**FECHA DE TERMINACIÓN CONTRATO:**			**2025/10/31**
PERIODO OBJETO DE COBRO:	**DEL 2025/10/01 AL 2025/10/31**				

LEIDY LILIANA CRISTANCHO DAVILA
PS_6384_2025_A1B730

NOMBRE Y FIRMA DEL CONTRATISTA:
LEIDY LILIANA CRISTANCHO DAVILA
CC: 1018416995
CEL: 3173392162

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			
LEIDY LILIANA CRISTANCHO DAVILA			
	CON C.C N°	**1.018.416.995**	
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 6384 2025**	**FECHA INICIO CONTRATO**	**2025/09/19**
VALOR INICIAL DEL CONTRATO	$ 3.500.011	**No. HORAS EJECUTADAS**	**184**
VALOR TOTAL DEL CONTRATO INCLUIDO ADICIONES:	$ 3.500.011	**VALOR DE HONORARIOS PERÍODO A CERTIFICAR:**	$ 2.500.008
PLAZO DEL CONTRATO INCLUYENDO PRORROGAS	UN (1) MES Y DOCE (12) 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	4. Consultar en el aplicativo 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. REALIZAR NOTIFICACION A LIDER OPERTIVO DE VACUNACION PARA CONFIRMAR EL ESQUEMA Y REALIZAR LA GESTION PERTINENTE PARA GARANTIZAR QUE EL PACIENTE TENGA SU ESQUEMA COMPLETO
2	12. Realizar valoraciones Integrales en Jornadas de Salud. Según programación y asignación de brigadas
3	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. 'No. De llamadas realizadas cuando aplique
4	6. Diligenciar el formato de usuarios caracterizados con criterios de calidad, oportunidad y pertinencia. REALIZAR EL DILIGENCIAMIENTO DE FORMATO PLANILLA DE FIRMAS EL CUAL DEBE ESTA COMPLETO CON LOS DATOS BASICOS COMO ENCABEZADO, ZONA, LOCALIDAD, UPZ BARRIO, SECTOR CATRASTAL
5	8. Realizar valoración integral a usuarios al momento de la intervención, identificación de riesgos y derivación de los mismos 'REALIZAR LA VALORACIÓN INTEGRAI IDENTIFICADCION DE FACTORES DE RIESGO INDIVIDUALES Y FAMILIARES, TALES COMO: PRESENCIA DE ENFERMEDADES CRÓNICAS NO TRANSMISIBLES RIESGOS MATERNO-PERINATALES SIGNOS DE VIOLENCIA INTRAFAMILIAR O ABANDONO CONDICIONES DE SALUD MENTAL, DISCAPACIDAD, DE USUARIOS DURANTE LAS INTERVENCIONES EN TERRITORIO O EN INSTITUCIÓN, COMO PARTE DE LA RUTA DE PROMOCIÓN Y MANTENIMIENTO DE LA SALUD (RPMS), EN CUMPLIMIENTO DE LA RESOLUCIÓN 3280 DE 2018.APLICAION INSTRUMENTOS BÁSICOS DE VALORACIÓN, SEGÚN GRUPO ETARIO (NIÑOS, ADULTOS, GESTANTES, PERSONAS MAYORES), OBSERVANDO SIGNOS CLÍNICOS, CONDICIONES DEL ENTORNO Y ASPECTOS SOCIALES RELEVANTES.REALIZAR LA REMISIÓN OPORTUNA AL PROFESIONAL DE ENFERMERÍA , MEDICINA O PSICOLOGIA , SEGÚN LOS HALLAZGOS ENCONTRADOS, DEJANDO EVIDENCIA DEL RIESGO IDENTIFICADO Y DE LA ACCIÓN TOMADA. REGISTRÉ LA INFORMACIÓN EN EL APLICATIVO INSTITUCIONAL (GTAPS), GARANTIZANDO TRAZABILIDAD, CALIDAD DEL DATO Y FACILITANDO EL SEGUIMIENTO DEL CASO POR EL EQUIPO MULTIDISCIPLINARIO. ESTA ACTIVIDAD CONTRIBUYE A LA DETECCIÓN TEMPRANA DE RIESGOS, INTERVENCIÓN OPORTUNA, Y AL CUMPLIMIENTO DE LAS RUTAS INTEGRALES DE ATENCIÓN EN SALUD, PROMOVIENDO EL ACCESO Y LA CONTINUIDAD DEL CUIDADO.
	13. 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 y todas aquellas que adicionen o se realicen modificaciones. SE REALIZAN LAS DEMÁS ACTIVIDADES RELACIONADAS CON EL OBJETO CONTRACTUAL LAS CUALES SON ATENCIONES INTEGRALES BASADAS EN RESOLUCIÓN 3280/2018 DILIGENCIAMIENTO DE FORMATO DE FIRMAS CARGUE DE USUARIOS APLICATIVO GTAPS NOTIFICACIÓN DE EVENTOS DE INTERÉS EN SALUD PUBLICA ATENCIÓN INDIVIDUAL CON CALIDAD SEGÚN CURSO DE VIDA PRIMERA INFANCIA, INFANCIA, ADOLESCENCIA,

JUVENTUD ADULTEZ Y VEJES Y GESTANTES

REALIZAR LAS DERIVACIONES SEGÚN CORRESPONDA LA NECESIDAD DEL USUARIO LAS CUALES PUEDEN SER VALORACIÓN POR MEDICINA, ENFERMERÍA, PSICOLOGÍA Y TRABAJO SOCIAL ENTRE OTROS

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.

6	
7	10. Agendamiento en tiempo real para atenciones en salud individuales definido en el lineamiento técnico y operativo de la RPMS (Resolución 3280-2018), dando cumplimiento en la atención según la necesidad que evidencien en el usuario. N/A
8	11. Las actividades se realizarán intramural, extramural y/o administrativas. SE REALIZAN ACTIVIDADES EN TERRITORIO, VALORACION INTEGRAL, EDUCION PROMOCION Y MANTENIMIENTO DE LA SALUD Y DERIVACIONES A LOS DIFERENTES PERFILES SEGÚN NECESIDAD Y REQUERIMIENTO DEL APCIENTE POR MEDICINA, PROFESIONAL ENFERMERIA Y PSICOLOGIA, TRABAJO SOCIAL
9	1. 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. SE REALIZA LA VERIFICACIÓN DE FRECUENCIA DE USO DE LOS SERVICIOS DE SALUD SEGÚN EL ESQUEMA DE INTERVENCIONES INDIVIDUALES EN SALUD. BASADO EN RESOLUCION 3280/2018 INTERVENCIONES INDIVIDUALES EN SALUD DEFINIDAS EN LA RUTA DE PROMOCIÓN Y MANTENIMIENTO DE LA SALUD DE ACUERDO CON EL CICLO DE VIDA DEL USUARIO (NIÑEZ, ADOLESCENCIA, ADULTEZ, VEJEZ).
10	2. Garantizar la apertura de la historia clínica en el aplicativo Dinámica Gerencial y el aplicativo GTAPS de la SDS. REGISTRO DE ATENCIONES EN EL APLICATIVO GTAPS Y VERIFICACIÓN DE DATOS DE USUARIOS ATENDIDOS EN TERRITORIO
11	3. Establecer la prioridad de la familia: Alta, Media o Baja, según las condiciones clínicas de cada uno de los integrantes y realizar periódicamente el debido seguimiento y cierre del caso en el aplicativo GTAPS de acuerdo a la prioridad del caso. ESTABLECER LA PRIORIDDAD FAMILIAR, INDIVIDUAL, SEGUIMIENTO Y CIERRE DE CASOS EN GTAPS, RESOLUCIÓN 3280 DE 2018 RUTA DE PROMOCIÓN Y MANTENIMIENTO DE LA SALUD (RPMS)
12	7. Asistir a capacitaciones, comités y /o convocatorias. 'ASISITIR A LOS COMITES DE CUIDADO Y FORTALECIMIENTO MENSUALES, Y CAPACITACIONES PROGRAMADOS EN LA RESOLUCION 1499
13	9. Realizar notificación de eventos de interés de salud pública. Notificación en casos de interés publica según corresponda identificación de riesgo.

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 (2025-10-01) AL (2025-10-31)

IV. INFORMACIÓN DE APORTES A SEGURIDAD SOCIAL

No. DE PLANILLA:	N° 9492252883	OPERADOR:	APORTES EN LINEA

CONCEPTO DEL PAGO	ENTIDAD	FECHA DE PAGO	VALOR PAGADO
SALUD:	FAMISANAR	2025/10/15	$ 53.400
PENSIÓN:	COLFONDOS	2025/10/15	$ 68.400
RIESGOS LABORALES:	SURA	2025/10/15	$ 10.500

OTRO			
TOTAL PAGADO			$ 132.300

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	*LEIDY LILIANA CRISTANCHO DAVILA* *PS_6384_2025_A1B730* **LEIDY LILIANA CRISTANCHO DAVILA** **CC: 1018416995**
FIRMA DE QUIEN CONVALIDA EL CUMPLIMIENTO DE LAS OBLIGACIONES PARA EL PRESENTE PERIODO DE PAGO	*BERTHA SOFIA DIAZ QUEVEDO* *PS_6384_2025_A1B730* **BERTHA SOFIA DIAZ QUEVEDO** **SUPERVISOR DEL CONTRATO**

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 1018416995		CRISTANCHO DAVILA LEIDY LILIANA	INDEPENDIENTE	PRINCIPAL	calle 27 sur # 9 16	BOGOTA-BOGOTA D.E.	5247540	No

DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION

Periodo		Clave		Tipo	Fecha		Pago		
Pensión	Salud	Pago	Planilla	Planilla	Limite	Pago	Banco	Dias Mora	Valor
2025-10	2025-10	94284521	9494284521	I	2025/11/26	2025/11/18	BANCO AV VILLAS	0	$440,500

LIQUIDACION DETALLADA DE APORTES

EMPLEADO					PENSION		SALUD				CCF				RIESGOS				PARAFISCALES		
No.	Identificación	Nombres	Codigo	Dias	IBC	Aporte	Codigo	Dias	IBC	Aporte	Codigo	Dias	IBC	Aporte	Codigo	Dias	IBC	Aporte	Dias	IBC	Aporte
Sucursal: PRINCIPAL (1 Afiliados)					$1,423,500	$227,800			$1,423,500	$178,000			$0	$0			$1,423,500	$34,700		$0	$0
Centro de Trabajo: PRINCIPAL (1 Afiliados)					$1,423,500	$227,800			$1,423,500	$178,000			$0	$0			$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			$0	$0			$1,423,500	$34,700		$0	$0
1	CC 1018416995	CRISTANCHO LEIDY	231001	30	$1,423,500	$227,800	EPS017	30	$1,423,500	$178,000		0	$0	$0	14-11	30	$1,423,500	$34,700	0	$0	$0
Total	**Afiliados(1)**				$1,423,500	$227,800			$1,423,500	$178,000			$0	$0			$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 1018416995		CRISTANCHO DAVILA LEIDY LILIANA	INDEPENDIENTE	PRINCIPAL	calle 27 sur # 9 16	BOGOTA-BOGOTA D.E.	5247540	No

DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION

Periodo		Clave		Tipo	Fecha		Pago		
Pensión	Salud	Pago	Planilla	Planilla	Limite	Pago	Banco	Dias Mora	Valor
2025-10	2025-10	94284521	9494284521	I	2025/11/26	2025/11/18	BANCO AV VILLAS	0	$440,500

RESUMEN DE PAGO

RIESGO	CODIGO	NIT	DV	AFILIADOS	VALOR LIQUIDADO	INTERESES MORA	SALDOS E INCAPACIDADES	VALOR A PAGAR
AFP (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$227,800	$0	$0	$227,800
COLFONDOS	231001	800,227,940	6	1	$227,800	$0	$0	$227,800
ARL (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$34,700	$0	$0	$34,700
ARL SURA	14-11	890,903,790	5	1	$34,700	$0	$0	$34,700
EPS (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$178,000	$0	$0	$178,000
FAMISANAR	EPS017	830,003,564	7	1	$178,000	$0	$0	$178,000
TOTAL				1	$440,500	$0	$0	$440,500