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: (30-11-2025)					
NOMBRES Y APELLIDOS:	**MARIA ELENA MENCO ACUÑA**			**CC:**	**1102577217**
CORREO ELECTRÓNICO:	**MMENCOACUNA@GMAIL.COM**			**TELÉFONO:**	**3014502721**
DIRECCIÓN DOMICILIO:	**CL 35A BIS SUR 9 22 B/BARCELONA**			**CIUDAD:**	**BOGOTA**
BANCO AL CUAL CONSIGNAR:	**SCOTIABANK COLPATRIA SA**	**TIPO DE CUENTA:**	**AHORROS**	**N° CUENTA:**	**4182020667**
DATOS DEL CONTRATO O ADICION Y PERIODO OBJETO DE PAGO					
Nº DEL CONTRATO:	**PS 7504 2025**	**VALOR CORRESPONDIENTE AL PERIODO OBJETO DE COBRO**			**$ 2.980.800**
FECHA DE INICIO CONTRATO	**2025/10/09**	**FECHA DE TERMINACIÓN CONTRATO:**			**2025/11/30**
PERIODO OBJETO DE COBRO:	**DEL 2025/11/01 AL 2025/11/30**				

MARIA ELENA MENCO ACUÑA
PS_7504_2025_D9B200

NOMBRE Y FIRMA DEL CONTRATISTA:
MARIA ELENA MENCO ACUÑA
CC: 1102577217
CEL: 3014502721

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			
MARIA ELENA MENCO ACUÑA			
CON C.C N°	**1.102.577.217**		
OBJETO DEL CONTRATO:	PRESTAR SERVICIOS DE APOYO A LA GESTION COMO GESTOR TECNICO MAS BIENESTAR PARA DESARROLLAR ACTIVIDADES EN LA DIRECCI?N DE GESTI?N 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 7504 2025**	**FECHA INICIO CONTRATO**	**2025/10/09**
VALOR INICIAL DEL CONTRATO	$ 2.285.280	**No. HORAS EJECUTADAS**	**184**
VALOR TOTAL DEL CONTRATO INCLUIDO ADICIONES:	$ 5.266.080	**VALOR DE HONORARIOS PERÍODO A CERTIFICAR:**	$ 2.980.800
PLAZO DEL CONTRATO INCLUYENDO PRORROGAS	DOS (2) MESES		
UNIDAD FUNCIONAL DE EJECUCIÓN DE ACTIVIDADES:	CENTRO DE SALUD PRIMERO DE MAYO		
NOMBRE DEL SUPERVISOR:	ANA MARGARET RABA SIERRA		

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	Preste servicios de atención extramural con calidad y oportunidad, cumpliendo los lineamientos del convenio.
2	Presente cronogramas mensual y entregas de informe de actividades desarrolladas al cierre del mes.
3	se entregó soportes requeridos según los lineamientos técnicos del convenio.
4	Participe en acciones de mejoramiento continuo de calidad y en los planes de habilitación y acreditación.
5	Realice apropiación conceptual de los anexos y lineamientos técnicos del convenio desde mi perfil profesional.
6	Desarrolle procesos de asistencia técnica en los diferentes componentes del convenio según mi saber .
7	se alistaron y entregue con calidad los formatos e informes generados como resultado de las intervenciones.
8	Participe en acercamientos comunitarios e institucionales requeridos para el desarrollo de las acciones del proceso.
9	active y notifique oportunamente los eventos de interés en salud pública identificados durante sus intervenciones.
10	Asistí a las actividades técnicas convocadas por la SDS conforme a las metas y productos establecido
11	se organizo la documentación generada siguiendo la normatividad
12	cumplimiento de actividades asignadas por la supervisión relacionadas con el objeto del contrato.
13	Se realizaron caracterizaciones sociodemográficas completas y tamizajes correspondientes, garantizando calidad y veracidad.
14	se realizo diligenciamiento de la información de la caracterización en el aplicativo GTAPS dentro de las primeras 24 horas de la intervención.
15	se realizo cumplimiento de las obligaciones establecidas en el anexo técnico y lineamientos operativos del convenio vigente.
16	presente oportunamente el cronograma de actividades correspondiente al periodo establecido, junto con los insumos preparados necesarios para el desarrollo de las acciones programadas Dicha entrega se realizó de manera completa, organizada y conforme a los lineamientos técnicos del convenio, garantizando la disponibilidad de la información para la planeación, seguimiento y ejecución de las actividades asignadas.
17	Participe en el comité , aportando a la revisión y análisis de la información .
18	Realice el registro de las actividades en los instrumentos definidos para la captura de información con calidad , planilla de familias con consentimiento informado, atención inicial desde abordaje territorial, aplicativo en línea definido por la SDS.
19	Gestione y realice activación oportunamente los riesgos en salud identificados mediante agendamiento, activación de rutas o notificación de eventos de interés en salud pública.
20	Realice cumplimiento, según mi perfil y responsabilidades, con todas las obligaciones establecidas en el anexo técnico del Convenio Más Bienestar y sus lineamientos operativos.

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 (2025-11-01) AL (2025-11-30)

IV. INFORMACIÓN DE APORTES A SEGURIDAD SOCIAL

No. DE PLANILLA:	N° 35048698	OPERADOR:	ASOPAGOS

CONCEPTO DEL PAGO	ENTIDAD	FECHA DE PAGO	VALOR PAGADO
SALUD:	MUTUALSER	2025/11/13	$ 178.000
PENSIÓN:	PORVENIR	2025/11/13	$ 227.800
RIESGOS LABORALES:	SURA	2025/11/13	$ 34.700
OTRO			
TOTAL PAGADO			$ 440.500

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	*MARIA ELENA MENCO ACUÑA* *PS_7504_2025_D9B200* **MARIA ELENA MENCO ACUÑA** **CC: 1102577217**
FIRMA DE QUIEN VALIDA	*SANDRA YANNETH CONTRERAS PEÑALOSA* *PS_7504_2025_D9B200* **SANDRA YANNETH CONTRERAS PEÑALOSA** **SUPERVISOR ALTERNO**
FIRMA DE QUIEN CONVALIDA EL CUMPLIMIENTO DE LAS OBLIGACIONES PARA EL PRESENTE PERIODO DE PAGO	*ANA MARGARET RABA SIERRA* *PS_7504_2025_D9B200* **ANA MARGARET RABA SIERRA** **SUPERVISOR DEL CONTRATO**