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:	**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**			**$ 2.980.800**
FECHA DE INICIO CONTRATO	**2025/10/07**	**FECHA DE TERMINACIÓN CONTRATO:**			**2025/11/30**
PERIODO OBJETO DE COBRO:	**DEL 2025/11/01 AL 2025/11/30**				

ENGGIE JULIETTE VIVAS BALCAZAR
PS_7379_2025_D209BE

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**	**184**
VALOR TOTAL DEL CONTRATO INCLUIDO ADICIONES:	$ 5.464.800	**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	1.Prestar sus servicios con calidad y oportunidad, para el desarrollo de las actividades del convenio mas bienestar equipos básicos extramurales, suscrito entre el fds y la subred. 1.1Ejecuté intervenciones extramurales garantizando la aplicación de protocolos asistenciales y normativos vigentes, asegurando oportunidad en la atención y adecuada interacción con la comunidad.1.2 Registro validado de intervenciones asistenciales en los formatos institucionales aprobados (planillas, fichas y aplicativos establecidos).
2	2.Presentar mensualmente el cronograma de actividades a desarrollar, adicionalmente con la finalización del mes se debe entregar un informe de las actividades desarrolladas para la ejecución de sus actividades.2.1Elaboré y estructuré el cronograma mensual de actividades, integrando metas, territorios y tiempos operativos conforme a planificación del convenio.2.2cronograma mensual y reporte de cierre de actividades con evidencias
3	3.Apoyar la prestación de servicios en el del convenio mas bienestar equipos básicos extramurales, presentando la información y/o soportes que se solicite conforme a los anexos y lineamientos técnicos del convenio vigente y suscrito entre el fds y la subred.3.1 recolecté organicé la entrega de información requerida en los anexos técnicos, asegurando su completitud y veracidad.3.2 carpeta consolidada de soportes solicitados según lineamientos técnicos.
4	4. Apoyar las actividades inherentes al objeto del contrato para el mejoramiento continuo de calidad y aquellas definidas dentro de los planes de mejoramiento de los diferentes estándares de habilitación y acreditación de servicios de salud.4.1Participé en los procesos de auditoría interna y calidad, implementando acciones correctivas y preventivas orientadas al cumplimiento de estándares.4.2 Actas, reportes de acciones de mejora y evidencia de implementación.
5	5.Realizar apropiación conceptual desde su perfil con los anexos y lineamientos técnicos del convenio mas bienestar equipos básicos extramurales suscrito entre el fds y la subred.5.1 Actualicé y revisé permanentemente los anexos, lineamientos técnicos y normativos del convenio, aplicándolos en el desarrollo operativo.5.2 Acta de apropiación de lineamientos.
6	6. Desarrollar procesos de asistencia técnica desde los difrentes procesos del convenio mas bienestar equipos básicos extramurales conforme a su saber disciplinar y profesional, en función de los requerimientos procesos transversales.6.1Brindé apoyo técnico dentro de las actividades misionales del convenio, ajustándose a los requerimientos metodológicos y disciplinarios.6.2 Informe técnico breve de acompañamiento asistencial y acciones realizadas.
7	7. Realizar la revisión, alistamiento y entrega con calidad de cada uno de los formatos, documentos, bases o informes generados como resultado de las acciones o intervenciones realizadas en cumplimiento a los anexos y lineamientos técnicos del convenio mas bienestar equipos básicos extramurales vigente y suscrito entre el fds y la subred.7.1 Verifiqué la calidad, exactitud y completitud de todos los formatos y documentos generados en campo antes de su entrega.7.2 Paquete documental revisado, foliado y entregado según trd institucional.
8	8. Participar y gestionar los acercamientos comunitarios e institucionales que se requieran, para el desarrollo de las acciones de cada proceso.8.1 Coordiné acciones de acercamiento comunitario realizando comunicaciones previas y articulación territorial.8.2Registro de actividades comunitarias (actas, listados o soportes de visita).
9	9. Activar y notificar los eventos de interés en salud pública detectados en cada una de sus intervenciones.9.1 Identifiqué, clasifiqué y reporté oportunamente eventos de interés en salud pública según lineamiento del sivigila y rutas sds.9.2 Formato de notificación individual o colectiva debidamente diligenciado.
10	10. Participar en las asistencias técnicas convocadas por sds de acuerdo con los procesos asignados y conforme a las actividades, metas y productos establecidos en los anexos y lineamientos técnicos del convenio mas bienestar equipos básicos extramurales suscrito entre el fds y la subred.10.1 Asistí a las convocatorias técnicas y aplicar los lineamientos recibidos en las actividades extramurales.10.2 Registro de asistencia o evidencia de participación en asistencia técnica.

11	11. Organizar el archivo de la documentación generada de acuerdo con la normatividad y tabla de retención documental.11.1Clasifiqué y custodié la documentación generada en campo conforme a la trd, asegurando conservación y acceso eficiente.11.2 Archivo físico o digital organizado según criterios de trd.
12	12. Realizar las demás obligaciones que se relacionen con el objeto del contrato y que sean requeridas por la supervisión12.1Ejecuté actividades adicionales asignadas, siempre enmarcadas en el objeto contractual y conforme a procedimientos de la subred.12.2 Registro o evidencia de cumplimiento de la actividad asignada.
13	13. Realizar caracterización sociodemográfica a completitud, con calidad y veracidad realizando los tamizajes correspondientes según lineamiento en el desarrollo de la caracterización (apgar, toma de medidas antropométricas según resolución 3280-2018, oms, findrisc, cuestionario de epoc y planilla de firmas), teniendo en cuenta que todos los productos son sujetos de auditoría.13.1 Apliqué instrumentos de caracterización demográfica y clínica (apgar, antropometría, findrisc, epoc, planillas de firma) conforme a lineamientos 3280/2018 y sds.13.2 Formato de caracterización completo, con tamizajes y registros clínicos adjuntos.
14	14. Diligenciar la información de la caracterización sociodemográfica en el aplicativo gtaps de la sds diariamente a completitud, con veracidad y calidad del dato dentro de las primeras 24 horas de la intervención, teniendo en cuenta que todos los productos son sujetos de auditoría.14.1 Registré diariamente la información de caracterización en gtaps dentro de las primeras 24 horas, asegurando validación y calidad del dato.14.2Captura de carga en gtaps o reporte de consolidación diaria del sistema.
15	15. Presentar el cronograma de actividades e insumos preparados (mapas base, matrices, cartografía, datos catastrales y poblacionales).15.1Preparar mapas base, matrices, cartografía y datos poblacionales para las actividades de territorialización.15.2 Paquete de insumos (mapas base, matrices, cartografía y datos).
16	16. Presentar mapa con registro del ejercicio de cartografía realizado por el gestor. · matriz de información cuantitativa y cualitativa, con el registro realizado por parte del gestor.16.1Consolidé el mapa territorial con la información recolectada en campo y estructurar la matriz cuantitativa y cualitativa correspondiente.16.2 Mapa territorial actualizado y matriz consolidada.
17	17. Participar en el comité territorial en el que participa todo el equipo revisión y análisis de información (cartografía, matriz, informe y conclusiones de comité de cuidado).17.1Asistí al análisis de cartografía, matriz e informes, generando conclusiones sobre riesgos y necesidades del territorio.17.2 acta de comité territorial con observaciones y análisis registrados.
18	18. Realizar el registro de las actividades en instrumentos definidos para captura de información con calidad (planilla de familias con consentimiento informado y atención inicial desde abordaje territorial, aplicativo en línea definido por secretaria distrital de salud).18.1 Registré con calidad la información de visitas e intervenciones en los instrumentos físicos y digitales definidos por la sds.8.2 Planillas y registros en aplicativo en línea debidamente diligenciados.
19	19. Gestionar y activar los riesgos en salud identificados con oportunidad a través del agendamiento, activaciones de ruta o formatos de notificación de eventos de interés en salud pública según corresponda.19.1 Activé rutas de atención, realicé agendamientos y diligencié los formatos de notificación según el riesgo identificado.19.2 Formato de activación de ruta o reporte de riesgo gestionado.
20	20. Cumplir, según su perfil y responsabilidades asignadas, con todas las obligaciones establecidas en el anexo técnico del convenio más bienestar vigente, suscrito entre el fds y la subred, así como con los lineamientos técnicos y operativos que de este se deriven.20.1 Desarrollé las actividades misionales asignadas siguiendo estrictamente los lineamientos del convenio y procesos operativos establecidos.20.2Informe de cumplimiento de actividades según metas y productos del anexo técnico.

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° 9493385121	OPERADOR:	APORTES EN LINEA

CONCEPTO DEL PAGO	ENTIDAD	FECHA DE PAGO	VALOR PAGADO
SALUD:	NUEVA EPS	2025/11/13	$ 178.000
PENSIÓN:	PROTECCION	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	*ENGGIE JULIETTE VIVAS BALCAZAR* *PS_7379_2025_D209BE* **ENGGIE JULIETTE VIVAS BALCAZAR** **CC: 1012380311**
FIRMA DE QUIEN VALIDA	*SANDRA YANNETH CONTRERAS PEÑALOSA* *PS_7379_2025_D209BE* **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_7379_2025_D209BE* **ANA MARGARET RABA SIERRA** **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 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
2025-10	2025-10	1924723893	9493385121	I	2025/11/06	2025/11/13	NEQUI	7	$451,300

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
2025-10	2025-10	1924723893	9493385121	I	2025/11/06	2025/11/13	NEQUI	7	$451,300

RESUMEN DE PAGO

RIESGO	CODIGO	NIT	DV	AFILIADOS	VALOR LIQUIDADO	INTERESES MORA	SALDOS E INCAPACIDADES	VALOR A PAGAR
AFP (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$227,800	$1,100	$0	$228,900
PROTECCION	230201	800,229,739	0	1	$227,800	$1,100	$0	$228,900
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	$2,200	$0	$451,300

Comprobante de pago

Pago realizado

Pago en
Aportes En Linea

¿Cuánto?
$ 451.300,00

Fecha
12 de noviembre de 2025 a las 08:40 p. m.

Referencia
M18223040

VIGILADO Superintendencia Financiera de Colombia

1 Información general
2 Condiciones
3 Bienes y servicios
4 Documentos del Proveedor
5 Documentos del contrato
6 Información presupuestal
7 Ejecución del Contrato
8 Modificaciones del Contrato
9 Incumplimientos

Datos guardados

Cancelar

< Evaluación de l

VER CONTRATO

Ejecución del Contrato

Porcentaje Recepción de artículos

Plan de Pagos

¿Se requieren emisiones de códigos de autorización? Sí No

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

Documentos de ejecución del contrato

	Descripción	Nombre del archivo	Cargado por	
☐	PS_7379_2025_CUENTA_DE_COBRO_OCTUBRE_2025.pdf	PS_7379_2025_CUENTA_DE_COBRO_OCTUBRE_2025.pdf	Proveedor	D

Bor

Cancelar

< Evaluación de l