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:	**LUCENID ESCOBAR MENDEZ**			**CC:**	**1031129957**
CORREO ELECTRÓNICO:	**lucenid0430@gmail.com**			**TELÉFONO:**	**3113836942**
DIRECCIÓN DOMICILIO:	**KR 3 48T 73 SUR**			**CIUDAD:**	**BOGOTA**
BANCO AL CUAL CONSIGNAR:	**BANCO DAVIVIENDA S.A.**	**TIPO DE CUENTA:**	**AHORROS**	**N° CUENTA:**	**002100125133**
DATOS DEL CONTRATO O ADICION Y PERIODO OBJETO DE PAGO					
Nº DEL CONTRATO:	**PS 7628 2025**	**VALOR CORRESPONDIENTE AL PERIODO OBJETO DE COBRO**			**$ 2.980.800**
FECHA DE INICIO CONTRATO	**2025/10/14**	**FECHA DE TERMINACIÓN CONTRATO:**			**2025/11/30**
PERIODO OBJETO DE COBRO:	**DEL 2025/11/01 AL 2025/11/30**				

LUCENID ESCOBAR MENDEZ
PS_7628_2025_1BB067

NOMBRE Y FIRMA DEL CONTRATISTA:
LUCENID ESCOBAR MENDEZ
CC: 1031129957
CEL: 3113836942

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 LUCENID ESCOBAR MENDEZ				
	CON C.C N°	**1.031.129.957**		
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 7628 2025**	**FECHA INICIO CONTRATO**	**2025/10/14**	
VALOR INICIAL DEL CONTRATO	$ 1.788.480	**No. HORAS EJECUTADAS**	**184**	
VALOR TOTAL DEL CONTRATO INCLUIDO ADICIONES:	$ 4.769.280	**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	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. 1.1 registre información recolectada de manera oportuna y con veracidad del dato. 1.2 se evidencia registro completo en aplicativo GTAPS.
2	presentar mensualmente el cronograma de actividades a desarrollar, adicionalmente con la finalización del mes se debe entregar un informe de actividades desarrolladas para la ejecución de sus actividades. 2.1 diligencie el cronograma del mes de noviembre con los días elaborados. 2.2 se evidencia el cronograma totalmente diligenciado en el drive destinado para este producto.
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 realice entrega de formatos listados de firmas. 3.2 se evidencia soporte totalmente diligenciado.
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. 4.1 Asistí a llamados, capacitaciones presenciales y virtuales requeridas para la mejora continua del producto. 4.2 evidencia registrada en listados de asistencia.
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 realice lectura y apropiación de lineamiento. 5.2 entregue acta de soporte.
6	Desarrollar procesos de asistencia técnica desde los diferentes procesos del convenio Mas bienestar equipos básicos extramurales conforme a su saber disciplinar y profesional, en función de los requerimientos procesos transversales. 6.1 asistí mensualmente a los comités programados por el proceso según requerimiento. 6.2 evidencia registrada en listados de asistencia.
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 realice entrega de formados sin tachones ni enmendaduras para su respectiva verificación. 7.2 se evidencia en descarga de planos la completitud de los datos registrados en aplicativo GTAPS.
8	Participar y gestionar los acercamientos comunitarios e institucionales que se requieran, para el desarrollo de las acciones de cada Proceso. 8.1 realice identificación del presidente de la junta de acción comunal del territorio asignado para dar a conocer el programa EMBH. 8.2 me presente ante la comunidad abordada dándome a conocer como su gestor en el territorio.
9	Activar y notificar los eventos de interés en salud pública detectados en cada una de sus intervenciones. 9.1 identifique eventos en interés y notifique oportunamente según los formatos establecidos por la subred. 9.2 evidencia registrada en correo y en los formatos de notificación.
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 convocatoria y requerimientos establecidos por la SDS. 10.2 se evidencia cumplimiento en listados de asistencia.
11	Organizar el archivo de la documentación generada de acuerdo con la normatividad y tabla de retención documental. 11.1 organice soportes con calidad y veracidad en los horarios establecido según requerimiento. 11.2 se evidencia soportes entregados en orden cronológicos de manera oportuna y con calidad.
12	Realizar las demás obligaciones que se relacionen con el objeto del contrato y que sean requeridas por la supervisión. 12.1 presente disponibilidad y actitud para dar cumplimiento al requerimiento de la misma. 12.2 evidencia en actas y registro en listados de asistencia.
	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 realice caracterización en campo según el

13	territorio asignado e identifique el riesgo con sus respectivos formatos totalmente diligenciados para cada uno de ellos. 13.2 se evidencia en aplicativo GTAPS la información captada.
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 diligencie en el aplicativo GTAPS diariamente la información recolectada en campo con completitud, calidad y veracidad del dato. 14.2 se evidencia en base de descarga a planos GTAPS la calidad y completitud de la información.
15	Presentar el Cronograma de actividades e insumos preparados (mapas base, matrices, cartografía, datos catastrales y poblacionales). 15.1 realice entrega de cronograma y soportes de actividades realizadas en campo según la acción requerida para el territorio asignado. 15.2 evidencia registrada en acta y DRIVE.
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. 16.1 Realice entrega de mapa territorial con su respectiva retroalimentación y soporte. 16.2 se evidencia mapa físico trabajado y retroalimentado manualmente.
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). 17.1 asistí y participe en el comité mensual programado por el equipo para la mejora continua del proceso. 17.2 se evidencia participación en listados de asistencia.
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 informe al usuario y/o usuarios sobre el proceso a realizar con su respectivo objetivo, registrando así en formato y aplicativo GTAPS información captada. 18.2 se evidencia en formato y aplicativo GTAPS.
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 gestiones citas en tiempo real para los casos identificados con inherencia a los servicios de salud en los tiempos establecidos. 19.2 realice activación en el aplicativo para los casos requeridos con prioridad según el lineamiento.
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 cumplí con la meta establecida mensual dentro del territorio asignado, identifiqué riesgo riesgos, registré información captada en aplicativo GTAPS, notifique, active rutas según corresponda y todo con sus respectivos soportes. 20.2 se evidencia completitud en la información registrada en descarga de los planos y formatos entregables que soportan la misma.

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° 1076522001	OPERADOR:	SIMPLE

CONCEPTO DEL PAGO	ENTIDAD	FECHA DE PAGO	VALOR PAGADO
SALUD:	SALUD TOTAL	2025/11/12	$ 178.000
PENSIÓN:	PORVENIR	2025/11/12	$ 227.800
RIESGOS LABORALES:	SEGUROS BOLIVAR	2025/11/12	$ 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	*LUCENID ESCOBAR MENDEZ* *PS_7628_2025_1BB067* **LUCENID ESCOBAR MENDEZ** **CC: 1031129957**
FIRMA DE QUIEN VALIDA	*SANDRA YANNETH CONTRERAS PEÑALOSA* *PS_7628_2025_1BB067* **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_7628_2025_1BB067* **ANA MARGARET RABA SIERRA** **SUPERVISOR DEL CONTRATO**

PAGOSIMPLE | AUTOLIQUIDACION CONSOLIDADA

Fecha creación reporte: 2025-11-13, 04:27:29 AM **Tipo Planilla:** I: PLANILLA INDEPENDIENTES **Numéro Planilla:** 1076522001

Periodo Cotización: octubre de 2025 **Periodo Servicio:** octubre de 2025 **Referencia pago (PIN):** 8823064440

PAGADO 12/11/2025 EN HORARIO EXTENDIDO

I. DATOS DEL APORTANTE

Razón Social	LUCENID ESCOBAR MENDEZ		
Documento	CC1031129957	**Dirección**	CR 3 #48 R - 19 SUR
Tipo de Empresa	INDEPENDIENTE	**Teléfono**	3113836942
Tipo Persona	NATURAL	**Forma Presentación**	ÚNICO
Ciudad	BOGOTA D.C.	**Departamento**	BOGOTA D.C.
Representante Legal		**Identificación**	
Total Afiliados	1	**ARP**	SEGUROS BOLIVAR

II. DETALLE DEL APORTANTE

Datos del Afiliado				Novedades																				Pensiones			Salud			Riesgos			Cajas			Parafiscales					Total
Identificación	Apellidos y Nombres	Tipo Cotizante	Subtipo Cotizante	ING	RET	RET P	TDE	TAE	TDP	TAP	VSP	COR	VST	SLN	IGE	LMA	VAC	AVP	VCT	IRP	Días AFP	Días EPS	Días ARP	Días CCF	Administradora	IBC Pensión	Aporte Pensión	Administradora	IBC Salud	Aporte Salud	Tarifa	IBC Riesgos	Aporte Riesgos	Administradora	IBC Caja	Aporte Caja	Aporte SENA	Aporte ICBF	ESAP	Aporte Ministerio	Total
CC 1031129957	LUCENID ESCOBAR MENDEZ	59	00																	0	30	30	30	0	(230301) PORVENIR	$ 1.423.500	$ 227.800	(EPS002) SALUD TOTAL EPS	$ 1.423.500	$ 178.000	2,436	$ 1.423.500	$ 34.700	(NIN-CC) NINGUNA CCF	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 440.500

III.TOTALES

IBC Pensión	IBC Salud	IBC Riesgos	IBC Cajas	Aportes Pensión	Aportes Salud	Aportes Riesgos	Aportes Cajas	Aportes Sena	Aportes ICBF	Aportes ESAP	Aportes Min Educación	(Incapacidades, Licencias, Saldos a Favor) EPS	Incapacidades ARP	SUBTOTAL SIN INTERESES DE MORA	TOTAL INTERESES DE MORA	TOTAL FINAL
$ 1.423.500	$ 1.423.500	$ 1.423.500	$ 0	$ 227.800	$ 178.000	$ 34.700	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 440.500	$ 0	$ 440.500

Líneas de Servicio FonoSIMPLE: Bogotá 601 4446634 - Cali: 602 5540577 - Medellín: 604 5146669 - Bucaramanga: 607 6438000 - Cartagena: 605 6945444 - Pereira: 606 3402582 - Barranquilla: 605 3618850 - Resto del País: 018000 971 971 - ¡Más que Fácil, SIMPLE!

¡El Poder de lo SIMPLE!

Antes de imprimir, asegúrese que sea realmente necesario. Proteger el medio ambiente está en nuestras manos.

Pago PSE

Transacción aprobada

Resultado de la transacción

Código único CUS
1924395077

Destino Pago
SISTEMA INTEGRADO MULTIPLE DE PAGOS ELECTRONICOS S

Motivo
Pago PSE. Ref:8823064440-202510-1192284. idTrans:1192284

Fecha
12-11-2025

Número de aprobación
24395077

Dirección IP
186.86.110.227

Número de factura
176298928063326

Valor transacción	Costo de la transacción	Valor impuestos
$ 440.500,00	$ 0,00 IVA incluido	$ 0,00

Referencia 1	Referencia 2	Referencia 3
02	900097333	6311

VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA Banco Davivienda S.A. Todos los derechos reservados 2017.

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 la Entidad Estatal >

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

Crear

Documentos de ejecución del contrato

	Descripción	Nombre del archivo	Cargado por		
☐	PS_7628_2025_CUENTA_DE_COBRO_OCTUBRE_2025.pdf	PS_7628_2025_CUENTA_DE_COBRO_OCTUBRE_2025.pdf	Proveedor	Descargar	Detalle

Borrar Cargar nuevo

Cancelar

< Evaluación de la Entidad Estatal >

Datos guardados