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:	**ADRIANA JOHANA RODRIGUEZ CLAVIJO**			**CC:**	**1012402081**
CORREO ELECTRÓNICO:	**ADRIANAjohanarc15@gmail.com**			**TELÉFONO:**	**3209844550**
DIRECCIÓN DOMICILIO:	**CL 77H 73L 49 SUR**			**CIUDAD:**	**BOGOTA**
BANCO AL CUAL CONSIGNAR:	**BANCO CAJA SOCIAL**	**TIPO DE CUENTA:**	**AHORROS**	**N° CUENTA:**	**24087904282**
DATOS DEL CONTRATO O ADICION Y PERIODO OBJETO DE PAGO					
Nº DEL CONTRATO:	**PS 7358 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**				

ADRIANA JOHANA RODRIGUEZ CLAVIJO
PS_7358_2025_DD3EF2

NOMBRE Y FIRMA DEL CONTRATISTA:
ADRIANA JOHANA RODRIGUEZ CLAVIJO
CC: 1012402081
CEL: 3209844550

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			
ADRIANA JOHANA RODRIGUEZ CLAVIJO			
	CON C.C N°	**1.012.402.081**	
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 7358 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- SE REALIZO ACTIVIDADES CON EXCELENCIA POR GRUPO EXTRAMURAL DEL CONVENIO MAS BIENESTAR EN TU HOGAR COMO GESTORA EN SALUD
2	2- SE ENTREGO CRONOGRAMA DE OPORTUNDAD EN ACTIVIDADES EXTRAMURALES DESRROLLADAS Y EJECUTADAS EN EL TERRENO
3	3- SE ESTUVO ATENTOS Y APOYANDO A PROGRAMACIONES DE ENTREGA DE INFORMES Y AMEDIDA QUE SE REQUIERIO SEGUN MI LIDER DEL PROCESO
4	4- SE APOYO LOS DIFERENTES PROCESOS PARA UNA MAYOR EFECTIVIDAD POSITIVA DE CALIDAD PARA ECXELENCIA EN ACREDITACIÓN.
5	5- SE REALIZO ACTAS DE LINEAMIENTOS Y APROPIACIÓN DE NUEVOS CONCEPTOS PARA CONVENIO MAS BIENESTAR EN TU HOGAR EN LA SUBRED.
6	6- SE ASISTIO A LAS DIFERENTES ACTIVIDADES DEL PROCESO CONVENIO MAS BIENESTAR EN TU HOGAR QUE SE REQUIEREN POR LINEA TECNICA COMO REUNIONES VIRTUALES Y PRESENCIAL
7	7- SE ENTTREGO A TECNICO ACCARGO DE PLANILLAS CON CALIDAD Y EN SUBIDA A LAS BASES APLICATIVO CON CALIDAD DANDO CUMPLIMIENTO Y MEJORANDO EL RESULTADO DE LAS INTERVENCIONES
8	8- SE APOYO PROGRAMACIONES CON DISPONIBILIDAD DE TIEMPO PARA LAS DIFERENTES ACTIVIDADES QUE TIENE EL CONVENIO MAS BIENESTAR EN TU HOGAR
9	9- DE LAS DIFERENTES ACTIVIDADES EN LAS CARACTERIZACIONES Y SEGUIMIENTOS SEGUN LINEAMIENTOS DEL CONVENIO MAS BIENESTAR EN TU HOGAR ACTIVO Y SE NOTIFICO LO EVIDENCIADO Y ACCIONES QUE SE REALIZO CON LOS USUARIOS CAPTADOS
10	10- SEGUN TODOS DATOS DOCUMENTOS CAPTADOS EN TERRENO SE MANEJO DE LA MEJOR MANERA POSIBLE YA QUE ES DOCUMENTO PUBLICO Y LA INFORMACION SUMISTRADA POR EL USUARIO CAPTADO
11	11- SE ORGANIZO LOS DIFERENTES DOCUMENTOS REQUERIDOS POR EL CONVENIO ENTREGAR VALIDAD CON ANTERIORIDAD
12	12- SE CUMPLIO CON RESPONSABILIDAD LOS DIFERENTES OBJETOS DEL CONTRATO A CAVALIDAD
13	13- REALIZAR CUMPLIR CON ACTITUD PROFESIONAL LAS CARACTERIZACIONES SEGUIMIENTOS INTERVENCION SEGÚN EN LIMEAMIENTOS TOMAR LOS DIFERENTES TAMIZAJES PARA CADA USUARIO SE GESTIONO NOTIFICOSE CUMPLIR ACAVALIDAD LA INTERVENCION DEL CONVENIO MAS BIENESTAR EN TU HOGAR
14	SE HIZO DE MANERA LEGIBLE COMPLETAR LOS DIFERENTES PROCESOS EN EL APLICATIVO CON CALIDAD DURANTE LAS PRIMERAS 24 HORAS
15	15- SE TUVO A DIARIO EL CRONOGRAMA DE LA SEMANA EN FISICO LOS MAPAS Y DIFERENTES PARA MEJORAR LA APROPIACION DEL TERRITORIO MEJOR UBICACIÓN Y POR QUE ES SUJETO DE AUDITORIA.
16	16- SE HIZO ENTREGA DE MAPA DE APROPIACIÓN DEL TERRITORIO EVIDENCIANDO LOS DIFERENTES LUGARES QUE SE ENCUENTREN EN EL TERRITORIO YA SEAN COLEGIOS JARDINES LOTES SALONES COMUNALES INVACIÓN ENTRE OTROS VERIFICACIÓN DE LAS FAMILIA
17	17- SE HIZO PARTICIPE DEL COMITÉ MENSUAL EN DONDE SE BRINDO EDUCACIÓN SOBRE TODAS LAS INTERVENCIONES SUJERIDAS Y ANALISIS DE LA COMPLETITUD DE LA TAREA MENSUAL Y TENER SACAR CONCLUSIONES PARA MEJORAR

18	18- SE REGISTRO CON COMPLETITUD LA INFORMACIÓN DATOS FISICOS Y ESCRITOS Y SE TUVO CON CALIDAD PAR ESTE PRODUCTO SEGÚN LO ENCONTRADO EN CASA Y SE ESCRIBIO TODO EN OBSERVACIÓN DEL APLICATIVO
19	19- SE ACTIVO RUTAS PARA TODOS LOS RIESGOS IDENTIFICADOS DURANTE LA VISITA EN CASA Y SE NOTIFICO Y SE ACTIVO RUTAS REALIZAR AGENDAMIENTOS TIEMPO REAL
20	20- SE DIO CUMPLIMIENTOS COMO GESTORA EN SALUD CON RESPONSABILIDAD CON LO ASIGNADO SEGÚN LINEAMIENTOS OPERATIVO PARA CONVENIO MAS BIENESTAR EN TU HOGAR.

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° 1077254258	OPERADOR:	SIMPLE

CONCEPTO DEL PAGO	ENTIDAD	FECHA DE PAGO	VALOR PAGADO
SALUD:	SALUD TOTAL	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	*ADRIANA JOHANA RODRIGUEZ CLAVIJO* *PS_7358_2025_DD3EF2* **ADRIANA JOHANA RODRIGUEZ CLAVIJO** **CC: 1012402081**
FIRMA DE QUIEN VALIDA	*SANDRA YANNETH CONTRERAS PEÑALOSA* *PS_7358_2025_DD3EF2* **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_7358_2025_DD3EF2* **ANA MARGARET RABA SIERRA** **SUPERVISOR DEL CONTRATO**