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:	**ANA ELVIRA GAMBOA MALDONADO**			**CC:**	**52179713**
CORREO ELECTRÓNICO:	**ANAEGAMBOA9397@GMAIL.COM**			**TELÉFONO:**	**3214529221**
DIRECCIÓN DOMICILIO:	**CL 69C BIS 78 38 SUR**			**CIUDAD:**	**BOGOTA**
BANCO AL CUAL CONSIGNAR:	**BANCO DAVIVIENDA S.A.**	**TIPO DE CUENTA:**	**AHORROS**	**N° CUENTA:**	**488414894714**
DATOS DEL CONTRATO O ADICION Y PERIODO OBJETO DE PAGO					
Nº DEL CONTRATO:	**PS 7361 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**				

ANA ELVIRA GAMBOA MALDONADO
PS_7361_2025_AD4A46

NOMBRE Y FIRMA DEL CONTRATISTA:
ANA ELVIRA GAMBOA MALDONADO
CC: 52179713
CEL: 3214529221

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			
ANA ELVIRA GAMBOA MALDONADO			
	CON C.C N°	**52.179.713**	
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 7361 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 REALIZARON LAS ACTIVIDADES CON CALIDAD Y OPORTUNIDAD, PARA EL DESARROLLO DE MANNERA INTEGRAL DEL CONVENIO MAS BIENESTAR EN TU HOGAR SUSCRITO ENTRE EL SDS Y LA SUBRED
2	2. SE DIO RESPUESTA AL CRONOGRAMA DE LAS ACTIVIDADES EJECUTADAS JUNTO CON EL INFORME DETALLADO DE DICHAS ACTIVIDADES PARA LA RESPECTIVA VALIDACION CON COHERENCIA Y CALIDAD
3	AL APOYAR LA PRESTACIÓN DE SERVICIOS DEL CONVENIO MAS BIENESTAR EN TU HOGAR, SE PRESENTO LA INFORMACIÓN Y/O SOPORTES QUE FUERON SOLICITADOS CONFORME A LOS ANEXOS Y LINEAMIENTOS TÉCNICOS DEL CONVENIO VIGENTE Y SUSCRITO ENTRE LA SDS Y LA SUBRED.
4	SE APOYARON LAS ACTIVIDADES INHERENTES AL OBJETO DEL CONTRATO PARA EL MEJORAMIENTO CONTINUO CON CALIDAD Y COHERENCIA DE LAS ACTIVIDADES DEFINIDAS DENTRO DE LOS PLANES DE MEJORAMIENTO DE LOS DIFERENTES ESTÁNDARES DE HABILITACIÓN Y ACREDITACIÓN DE LOS SERVICIOS DE SALUD
5	5. SE REALIZO LA APROPIACIÓN CONCEPTUAL DESDE MI PERFIL DE LOS ANEXOS Y LINEAMIENTOS TÉCNICOS DEL CONVENIO MAS BIENESTAR EN TU HOGAR SUSCRITO ENTRE SDS Y LA SUBRED
6	6. ASISTI A LOS DIFERENTES PROCESOS DE ASISTENCIA TÉCNICA DEL CONVENIO MAS BIENESTAR EN TU HOGAR CONFORME A MI SABER PROFESIONAL, EN FUNCIÓN DE LOS REQUERIMIENTOS DE TODOS LOS PROCESOS TRANSVERSALES.
7	7. REALICE LA RESPECTIVA 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 DESDE MI PERFIL DANDO CUMPLIMIENTO A LOS ANEXOS Y LINEAMIENTOS TÉCNICOS DEL CONVENIO MAS BIENESTAR EN TU HOGAR VIGENTE Y SUSCRITO ENTRE EL SDS Y LA SUBRED.
8	8. PARTICIPE Y GESTIONE LOS ACERCAMIENTOS COMUNITARIOS E INSTITUCIONALES QUE SE REQUERIAN PARA EL DESARROLLO DE LAS ACCIONES DE CADA PROCESO Y RECONOCIMIENTO DE LAS NECESIDADES TERRITORIALES
9	9. SE ACTIVARON Y NOTIFICARON LOS EVENTOS DE INTERÉS EN SALUD PÚBLICA DETECTADOS EN CADA UNA DE L INTERVENCIONES DENTRO DE LOS TIEMPOS PERTINENTES
10	10. SE CUMPLIO CON LA ASISTENCIA DE FORTALECIMIENTO DE LA LINEA TECNINA REQUERIDA POR LA SDS DE ACUERDO CON LOS PROCESOS ASIGNADOS Y CONFORME A LAS ACTIVIDADES, METAS Y PRODUCTOS ESTABLECIDOS EN LOS ANEXOS Y LINEAMIENTOS DEL CONVENIO MAS BIENESTAR EN TU HOGAR SUSCRITO A LA SDS Y LA SUBRED.
11	11. SE ORGANIZO EL ARCHIVO DE LA DOCUMENTACIÓN GENERADA DE ACUERDO CON LA NORMATIVIDAD Y TABLA DE RETENCIÓN DOCUMENTAL.
12	12. SE DIO CUMPLIMIENTO A TODAS LAS OBLIGACIONES QUE SE REALIZARON DE ACUERDO CON EL OBJETO DEL CONTRATO Y QUE FUERON REQUERIDAS PARA LA OPORTUNA SUPERVISIÓN
13	13. SE REALIZO LA CARACTERIZACIÓN SOCIODEMOGRÁFICA A COMPLETITUD, CON CALIDAD Y VERACIDAD REALIZANDO LOS TAMIZAJES CORRESPONDIENTES SEGÚN LINEAMIENTO EN EL DESARROLLO DE LA CARACTERIZACIÓN (TAMIZAJES APGAR, OMS, FINDRISC, CUESTIONARIO DE EPOC TOMA DE SIGNOS VITALES Y MEDIDAS ANTOPOMETRICAS DANDO RESPUESTA A LA RESOLUCION 2465 DE 14 DE JUNIO DEL 2016 Y A LA RESOLUCION SEGÚN FRECUENCIA DE USO 3280 DEL 2018 Y PLANILLA DE FIRMAS), TENIENDO EN CUENTA QUE TODOS LOS PRODUCTOS ERAN SUJETOS DE AUDITORÍA.

14	SE DILIGENCIO LA INFORMACIÓN DE LA CARACTERIZACIÓN SOCIODEMOGRÁFICA EN EL APLICATIVO GTAPS DE LA SDS DIARIAMENTE A COMPLETITUD, CON VERACIDAD Y CALIDAD DEL DATO DENTRO EN LAS PRIMERAS 24 HORAS DE LA INTERVENCIÓN
15	SE PRESENTO EL RESPECTIVO CRONOGRAMA DE ACTIVIDADES E INSUMOS ELABORADOS (MAPAS BASE, MATRIZES, CARTOGRAFÍA, DATOS CATASTRALES Y POBLACIONALES
16	SE PRESENTO EL MAPA CON REGISTRO DEL EJERCICIO DE CARTOGRAFÍA REALIZADO POR EL GESTOR MAS BIENESTAR JUNTO CON LA MATRIZ DE INFORMACIÓN CUANTITATIVA Y CUALITATIVA.

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° 9493397322	OPERADOR:	APORTES EN LINEA

CONCEPTO DEL PAGO	ENTIDAD	FECHA DE PAGO	VALOR PAGADO
SALUD:	FAMISANAR	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	*ANA ELVIRA GAMBOA MALDONADO* *PS_7361_2025_AD4A46* **ANA ELVIRA GAMBOA MALDONADO** **CC: 52179713**
FIRMA DE QUIEN VALIDA	*SANDRA YANNETH CONTRERAS PEÑALOSA* *PS_7361_2025_AD4A46* **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_7361_2025_AD4A46* **ANA MARGARET RABA SIERRA** **SUPERVISOR DEL CONTRATO**