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:	**YANDRA EYELE PRADO HUILA**			**CC:**	**1000002965**
CORREO ELECTRÓNICO:	**YANDRAP24@GMAIL.COM**			**TELÉFONO:**	**3177571480**
DIRECCIÓN DOMICILIO:	**kr 119 # 65a 39**			**CIUDAD:**	**BOGOTA**
BANCO AL CUAL CONSIGNAR:	**BANCOLOMBIA**	**TIPO DE CUENTA:**	**AHORROS**	**N° CUENTA:**	**91233321899**
DATOS DEL CONTRATO O ADICION Y PERIODO OBJETO DE PAGO					
Nº DEL CONTRATO:	**PS 7642 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**				

YANDRA EYELE PRADO HUILA
PS_7642_2025_EC2CF3

NOMBRE Y FIRMA DEL CONTRATISTA:
YANDRA EYELE PRADO HUILA
CC: 1000002965
CEL: 3177571480

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			
YANDRA EYELE PRADO HUILA			
	CON C.C N°	**1.000.002.965**	
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 7642 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	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.
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.
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.
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.
5	5. Desarrollo 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	6. Realizo 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	7. Participo 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.
8	8. Realizo actividades de apechonteria.
9	9. Realizo actividades de técnicas de curación ancestral.
10	10. Diligencio la información de la caracterización y seguimientos 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.
11	11. Realizo seguimientos al plan de cuidado
12	12. Participo en los acercamientos comunitarios e institucionales, para el desarrollo de las acciones de cada Proceso.
13	13. Realizo las demás obligaciones que se relacionan con el objeto del contrato y que son requeridas por la supervisión.
14	14. Cumplir, según su perfil y responsabilidades asignadas, con todas las obligaciones establecidas en el anexo tecnico del CONVENIO
15	Se realizó articulación con líderes comunitarios de las localidades asignadas para las actividades a desarrollar
16	Se participó en la búsqueda activa de nuevas familias para la trabajar en vigencia
17	Se participó en la articulación con comunicaciones
18	Se participó en la elaboración de piezas comunicativas
19	Se brindó educación en salud mediante la difusión de piezas educativas
20	Se realizó seguimiento a la iniciativa ambiental

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° 1076455085	OPERADOR:	SIMPLE
CONCEPTO DEL PAGO	ENTIDAD	FECHA DE PAGO	VALOR PAGADO
SALUD:	COMPENSAR	2025/11/12	$ 180.000
PENSIÓN:	PORVENIR	2025/11/12	$ 230.400
RIESGOS LABORALES:	POSITIVA	2025/11/12	$ 35.100
OTRO			
TOTAL PAGADO			$ 445.500

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	*YANDRA EYELE PRADO HUILA* *PS_7642_2025_EC2CF3* **YANDRA EYELE PRADO HUILA** **CC: 1000002965**
FIRMA DE QUIEN VALIDA	*SANDRA YANNETH CONTRERAS PEÑALOSA* *PS_7642_2025_EC2CF3* **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_7642_2025_EC2CF3* **ANA MARGARET RABA SIERRA** **SUPERVISOR DEL CONTRATO**