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:	**ZORAIDA MOLINA QUINTANA**			**CC:**	**1054539714**
CORREO ELECTRÓNICO:	**MOLINAZORAIDA776@GMAIL.COM**			**TELÉFONO:**	**3042583910**
DIRECCIÓN DOMICILIO:	**CR 22 # 76 - 26**			**CIUDAD:**	**BOGOTA**
BANCO AL CUAL CONSIGNAR:	**BANCO AV VILLAS**	**TIPO DE CUENTA:**	**AHORROS**	**N° CUENTA:**	**049969566**
DATOS DEL CONTRATO O ADICION Y PERIODO OBJETO DE PAGO					
Nº DEL CONTRATO:	**PS 7772 2025**	**VALOR CORRESPONDIENTE AL PERIODO OBJETO DE COBRO**			**$ 2.980.800**
FECHA DE INICIO CONTRATO	**2025/10/20**	**FECHA DE TERMINACIÓN CONTRATO:**			**2025/11/30**
PERIODO OBJETO DE COBRO:	**DEL 2025/11/01 AL 2025/11/30**				

ZORAIDA MOLINA QUINTANA
PS_7772_2025_295B51

NOMBRE Y FIRMA DEL CONTRATISTA:
ZORAIDA MOLINA QUINTANA
CC: 1054539714
CEL: 3042583910

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			
ZORAIDA MOLINA QUINTANA			
CON C.C N°	**1.054.539.714**		
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 7772 2025**	**FECHA INICIO CONTRATO**	**2025/10/20**
VALOR INICIAL DEL CONTRATO	$ 1.192.320	**No. HORAS EJECUTADAS**	**184**
VALOR TOTAL DEL CONTRATO INCLUIDO ADICIONES:	$ 4.173.120	**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° 1076417906	OPERADOR:	SIMPLE

CONCEPTO DEL PAGO	ENTIDAD	FECHA DE PAGO	VALOR PAGADO
SALUD:	COMPENSAR	2025/11/12	$ 178.000
PENSIÓN:	COLPENSIONES	2025/11/12	$ 227.800
RIESGOS LABORALES:	SURA	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	*ZORAIDA MOLINA QUINTANA* *PS_7772_2025_295B51* **ZORAIDA MOLINA QUINTANA** **CC: 1054539714**
FIRMA DE QUIEN VALIDA	*SANDRA YANNETH CONTRERAS PEÑALOSA* *PS_7772_2025_295B51* **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_7772_2025_295B51* **ANA MARGARET RABA SIERRA** **SUPERVISOR DEL CONTRATO**

PAGOSIMPLE | AUTOLIQUIDACION CONSOLIDADA

Fecha creación reporte: 2025-11-12, 04:35:24 PM **Tipo Planilla:** I: PLANILLA INDEPENDIENTES **Numéro Planilla:** 1076417906

Periodo Cotización: octubre de 2025 **Periodo Servicio:** octubre de 2025 **Referencia pago (PIN):** 8823523821

PAGADO 12/11/2025

I. DATOS DEL APORTANTE

Razón Social	ZORAIDA MOLINA QUINTANA		
Documento	CC1054539714	**Dirección**	CR 22A #71 - 64
Tipo de Empresa	INDEPENDIENTE	**Teléfono**	3042583910
Tipo Persona	NATURAL	**Forma Presentación**	ÚNICO
Ciudad	BOGOTA D.C.	**Departamento**	BOGOTA D.C.
Representante Legal		**Identificación**	
Total Afiliados	1	**ARP**	ARL SURA

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 APP	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 1054539714	ZORAIDA MOLINA QUINTANA	59	00																	0	30	30	30	0	(25-14) COLPENSIONES	$ 1.423.500	$ 227.800	(EPS008) COMPENSAR EPS	$ 1.423.500	$ 178.000	2,436	$ 1.423.500	$ 34.700	(NIN-CC) NINGUNA CCF	$ 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	$ 1.800	$ 442.300

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.

Banco de Bogotá

Comprobante
Pago de servicio

ID PDV: 143799
Fecha: 2025/11/12 12:45:21

Convenio: PLANILLA ASISTIDA SIMPLE (Planilla Asistida Simple)
Código de convenio: 1136
Referencia de pago: 8823523821
Núm apro/recibo: 271375
Trx: 2285446790
Terminal Aval: **7915**
Valor: $442.300,00
Estado: Exitosa

El costo de esta transacción es $0
Línea de atención al cliente: Bogotá 7432626
Nacional 01800[illegible]
La transacción es realizada por la plataforma
El pago de convenios es efectuado por:
Banco de Bogotá

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

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_7772_2025_CUENTA_DE_COBRO_OCTUBRE_2025.pdf	PS_7772_2025_CUENTA_DE_COBRO_OCTUBRE_2025.pdf	Proveedor	D

Bor

Cancelar

< Evaluación de l