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: (31-12-2025)					
NOMBRES Y APELLIDOS:	**SINDI YOHANA GOMEZ GUTIERREZ**			**CC:**	**1013577751**
CORREO ELECTRÓNICO:	**jgomez.saludsoacha@gmail.com**			**TELÉFONO:**	**3125944998**
DIRECCIÓN DOMICILIO:	**CL 4 4C 00**			**CIUDAD:**	**BOGOTA**
BANCO AL CUAL CONSIGNAR:	**BANCO DE BOGOTA**	**TIPO DE CUENTA:**	**AHORROS**	**N° CUENTA:**	**272387929**
DATOS DEL CONTRATO O ADICION Y PERIODO OBJETO DE PAGO					
Nº DEL CONTRATO:	**PS 7429 2025**	**VALOR CORRESPONDIENTE AL PERIODO OBJETO DE COBRO**			**$ 2.980.800**
FECHA DE INICIO CONTRATO	**2025/10/08**	**FECHA DE TERMINACIÓN CONTRATO:**			**2026/01/31**
PERIODO OBJETO DE COBRO:	**DEL 2025/12/01 AL 2025/12/31**				

SINDI YOHANA GOMEZ GUTIERREZ
PS_7429_2025_C11CE7

NOMBRE Y FIRMA DEL CONTRATISTA:
SINDI YOHANA GOMEZ GUTIERREZ
CC: 1013577751
CEL: 3125944998

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			
SINDI YOHANA GOMEZ GUTIERREZ			
	CON C.C N°	**1.013.577.751**	
OBJETO DEL CONTRATO:	PRESTAR SERVICIOS DE APOYO A LA GESTION COMO TECNICO AUXILIAR DE ENFERMERIA PARA DESARROLLAR ACTIVIDADES EN EL PLAN DE SALUD PUBLICA DE INTERVENCIONES COLECTIVAS DE LA SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E.		
CONTRATO DE PRESTACION DE SERVICIOS PROFESIONALES No.	**PS 7429 2025**	**FECHA INICIO CONTRATO**	**2025/10/08**
VALOR INICIAL DEL CONTRATO	$ 2.384.640	**No. HORAS EJECUTADAS**	**184**
VALOR TOTAL DEL CONTRATO INCLUIDO ADICIONES:	$ 11.327.040	**VALOR DE HONORARIOS PERÍODO A CERTIFICAR:**	$ 2.980.800
PLAZO DEL CONTRATO INCLUYENDO PRORROGAS	CUATRO (4) MESES		
UNIDAD FUNCIONAL DE EJECUCIÓN DE ACTIVIDADES:	CENTRO DE SALUD PRIMERO DE MAYO		
NOMBRE DEL SUPERVISOR:	LUZ ADRIANA CASTAÑEDA MONTEALEGRE		

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.Obligación 1: Prestar sus servicios con calidad y oportunidad, para el desarrollo de las actividades del Plan de Intervenciones Colectivas en el Distrito Capital según convenio PSPIC vigente y suscrito entre el FDS y la Subred. 1.1 Actividades desarrolladas: Realiza seguimiento a la población susceptible objeto del Programa ampliado de inmunizaciones, garantizando la calidad y oportunidad en la atención, aplicando los lineamientos del programa y los instructivos establecidos en la caja de herramientas. Diligencia los formatos sin enmendaduras ni tachones, asegurando información completa, clara y congruente. Garantiza la cadena de frío, la custodia de los inmunobiológicos y de los dispositivos médicos, y vacuna la población susceptible según el PAI e inicia las actividades de acuerdo con la programación establecida. 1.2Productos: Registro en el módulo de la cohorte o base según actividad asignada.
2	Obligación 2: Presentar mensualmente el cronograma de actividades a desarrollar. 2.1 Actividades desarrolladas: Elabora el cronograma mensual conforme a la planeación del programa, asegurando el inicio oportuno de las actividades. 2.2Productos : Cronograma de actividades actualizado en Drive, con reporte de resultados diarios.
3	Obligación 3: Apoyar la prestación de servicios en el Plan de Intervenciones Colectivas, presentando la información y/o soportes que se soliciten conforme a los anexos y lineamientos técnicos del convenio PSPIC vigente y suscrito entre el FDS y la Subred. 3.1 Actividades desarrolladas: Ejecuta las tácticas de vacunación extramural garantizando la aplicación oportuna de los biológicos y la atención segura a la población. Cumple los lineamientos del PAI y los instructivos de los formatos de la caja de herramientas, diligencia los formatos sin tachones ni enmendaduras, y asegura la cadena de frío y custodia de los inmunobiológicos, política de frasco abierto. 3.2Productos : Según programación; Registro diario pediátrico y adulto, encuesta previa de fiebre amarilla,kardex de control de inmunobiológicos, dispositivos médicos e insumos. Formato IEC-Autorización de cuidadores para niños menores de 14 años (en caso que no estén los papa en la jornada), formato censo casa a casa. Seguimiento a la cohorte en el aplicativo distrital o base asignada.
4	Obligación 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. 4.1Actividades desarrolladas: Da cumplimiento a las actividades establecidas según planes de mejora. Desarrolla las acciones de manera oportuna y bajo los protocolos establecidos. cumple con la correcta disposición de residuos, técnica aséptica, presentación personal, cumple con la vacunación segura sin barreras, realizar demanda inducida. 4.2Productos : calidad del dato y seguimiento a la población susceptible en el módulo cohortes. Actas o listas de chequeo.
5	Obligación 5: Realizar apropiación conceptual desde su perfil con los anexos y lineamientos técnicos del convenio PSPIC vigente y suscrito entre el FDS y la Subred. 5.1Actividades desarrolladas: Aplica los conocimientos técnicos de auxiliar de enfermería y los lineamientos del programa, los correctos de administración de medicamentos, apropiándose de los instructivos de la caja de herramientas, esquema nacional de vacunación vigente. Diligencia registros con información veraz y coherente, sin enmendaduras ni tachones, y garantiza la conservación y custodia adecuada de los biológicos y dispositivos médicos. 5.2Productos : Según programación; Registro diario pediátrico y adulto, encuesta previa de fiebre amarilla, kardex de control de inmunobiológicos, dispositivos médicos e insumos. Formato IEC-Autorización de cuidadores para niños menores de 14 años (en caso que no estén los papa en la jornada), formato censo casa a casa. Seguimiento en el modulo de la cohorte.

6	Obligación 6:. Cumplir con la meta, actividades y/o productos programados y asignados con la calidad del dato requerida (oportunidad, consistencia, exactitud) desde su perfil técnico y conforme a los anexo s y lineamientos técnicos del convenio Interadministrativo PSPIC 6.1Actividades desarrolladas: cumple con la meta diariamente según la tàctica de vacunaciòn o cohorte asignada, garantizando la vacunaciòn a poblaciòn susceptible, niños, adultos con diagnóstico de riesgo, talento humano en salud, gestantes y adultos mayores, según poblaciòn objeto de PAI. 6.2Productos :Cronograma de actividades actualizado en Drive, con reporte de resultados diarios.
7	Obligación 7: Realizar con calidad y oportunidad los procesos de captura del dato, revisión y custodia de los formatos, documentos y/o bases de datos y aplicativos, que correspondan a las acciones o intervenciones realizadas de acuerdo a los lineamientos técnicos de los entornos y procesos transversales del convenio Interadministrativo PSPIC. 7.1Actividades desarrolladas: Revisa los formatos diligenciados verificando que la información esté completa, clara, congruente y entrega a las profesionales extramurales. Realiza el seguimiento a la cohorte en el módulo de la cohorte, la información registrada debe ser congruente, completa y veraz. Aplica los lineamientos según formatos de la caja de herramientas, mantiene la cadena de frío de los inmunobiológicos y asegura la custodia de los dispositivos médicos durante el desarrollo de las actividades. 7.2Productos : seguimiento a la cohorte en el aplicativo con calidad. Usuarios registrados en el módulo de la Cohorte.
8	Obligación 8: Dar cumplimiento a las actividades de los procesos TRANSVERSALES del PSPIC, de acuerdo a su competencia: CANALIZACIONES, PAI, Educación para la Salud Publica, GESI, ACCVSyE, Notificación de EISP y Participación Social. 8.1Actividades desarrolladas: Realiza minimo 4 canalizaciones al mes activando las rutas intregrales de atencion en salud. 8.2Productos :Envio de las 4 canalizaciones mensuales a correo recepcion1rutaspic@subredcentrooriente.gov.co localidades candelaria santa fe y candelaria recepcion2rutaspic@subredcentrooriente.gov.co localidades san cristobal y martires recepcion3rutaspic@subredcentrooriente.gov.co localidades rafael uribe y antonio nariño con copia a correo de Profesionales Extramurales.
9	Obligación 9. El contratista se obliga a que las glosas que se generen por incumplimiento de las obligaciones contractuales y de acuerdo a los hallazgos que identifique el equipo de seguimiento y/o interventoría del FFDS_SDS al Convenio Interadministrativo PSPIC (conforme al anexo de CRITERIOS DE GLOSA), serán causal de inicio de apertura de procedimiento administrativo sancionatorio de incumplimiento contractual. 9.1Actividades desarrolladas: Realiza las correcciones necesarias conforme a los lineamientos y formatos de la caja de herramientas. Diligencia la información sin tachones ni enmendaduras, y garantiza la veracidad y congruencia de los datos, así como la custodia de los biológicos. Diariamente genera el producto con calidad con el fin de evitar glosas. 9.2Productos :Entrega a las profesionales Extramurales la base y registro en el módulo de la cohorte con calidad.
10	Obligación 10. Realizar las demás obligaciones que se relacionen con el objeto del contrato y que sean requeridas por la supervisión. Contenidas en el formato de necesidad de personal que hace parte integral del presente contrato. 10.1Actividades desarrolladas: Cumple con las demás actividades asignadas por profesionales extramurales, lideres de localidad y coordinación del programa, asegurando el cumplimiento de los lineamientos técnicos, la custodia de los biológicos y la cadena de frío. Diligencia los registros según los instructivos de la caja de herramientas, sin enmendaduras ni tachones, y garantiza la vacunación oportuna de la población susceptible. 10.2Productos :formato de seguimiento a la cohorte.

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 (2025-12-01) AL (2025-12-31)

IV. INFORMACIÓN DE APORTES A SEGURIDAD SOCIAL

No. DE PLANILLA:	N° 1077266267	OPERADOR:	SIMPLE

CONCEPTO DEL PAGO	ENTIDAD	FECHA DE PAGO	VALOR PAGADO
SALUD:	SANITAS	2025/12/09	$ 178.000
PENSIÓN:	PORVENIR	2025/12/09	$ 227.800
RIESGOS LABORALES:	SURA	2025/12/09	$ 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	*SINDI YOHANA GOMEZ GUTIERREZ* *PS_7429_2025_C11CE7* **SINDI YOHANA GOMEZ GUTIERREZ** **CC: 1013577751**
FIRMA DE QUIEN VALIDA	*LUZ CONSUELO PINEDA DUEÑEZ* *PS_7429_2025_C11CE7* **LUZ CONSUELO PINEDA DUEÑEZ** **SUPERVISOR ALTERNO**
FIRMA DE QUIEN CONVALIDA EL CUMPLIMIENTO DE LAS OBLIGACIONES PARA EL PRESENTE PERIODO DE PAGO	*LUZ ADRIANA CASTAÑEDA MONTEALEGRE* *PS_7429_2025_C11CE7* **LUZ ADRIANA CASTAÑEDA MONTEALEGRE** **SUPERVISOR DEL CONTRATO**

PAGOSIMPLE | AUTOLIQUIDACION CONSOLIDADA

Fecha creación reporte: 2025-12-10, 02:26:04 PM | Tipo Planilla: I: PLANILLA INDEPENDIENTES | Número Planilla: 1077266267

Periodo Cotización: noviembre de 2025 | Periodo Servicio: noviembre de 2025 | Referencia pago 8823628245

PAGADA 09/12/2025 EN HORARIO EXTENDIDO

I. DATOS DEL APORTANTE

Razón Social	SINDI YOHANA GOMEZ GUTIERREZ		
Documento	CC1013577751	Dirección	CL 4 #4 C - 09
Tipo de Empresa	INDEPENDIENTE	Teléfono	3125944998
Tipo Persona	NATURAL	Forma	ÚNICO
Ciudad	SOACHA	Departamento	CUNDINAMARCA
Representante Legal		Identificación	
Total Afiliados	1	ARP	ARL SURA

II. DETALLE DEL APORTANTE

Datos 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	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 1013577751	SINDI YOHANA GOMEZ GUTIERREZ	59	0																	0	30	30	30	0	(230301) PORVENIR	$1,423,500	$227,800	(EPS005) EPS SANITAS	$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	$0	$440,500

Líneas de Servicio FonoSIMPLE: Bogotá 4446634 - Cali: 554 0515 - Medellín: 514 66 69 - Bucaramanga: 643 80 00 - Cartagena: 694 54 44 - Pereira: 340 25 82 - Barranquilla: 361 88 50 - Resto del País: 018000 971 971 - ¡Más que Fácil, SIMPLE!

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

¡El Poder de lo SIMPLE!

Gmail

Johanna Gomez gutierrez <jgomez.saludsoacha@gmail.com>

PSE - Transacción Aprobada ✅ CUS 1994957130

<serviciopse@achcolombia.com.co> mar, 9 de dic., 21:21
Para: <jgomez.saludsoacha@gmail.com>

¡Hola, Johanna Gomez Gutiérrez Gomez gutierrez!

Estado de la Transacción: Aprobada

Los siguientes son los datos de tu transacción:

Valor: $ 440.500

Empresa: SISTEMA INTEGRADO MULTIPLE DE PAGOS ELECTRONICOS S

Descripción: Pago PSE. Ref:8823628245-202511-1278435. idTrans:1278435

Fecha de la transacción: 09/12/2025

CUS: 1994957130

Gracias por utilizar nuestro servicio.



Ten encuenta estos tips de seguridad:

- Usa dispositivos personales o de confianza para realizar tus pagos.
- No abras enlaces sospechosos.
- Cambia tus contraseñas con regularidad.
- Digita manualmente la URL del portal de tu entidad financiera.
- Recuerda que PSE nunca te contactará para solicitarte información personal.

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 la Entidad Estatal >

VER CONTRATO

Ejecución del Contrato

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 7429 2025 CUENTA DE COBRO OCTUBRE 2025.pdf	PS 7429 2025 CUENTA DE COBRO OCTUBRE 2025.pdf	Proveedor	Descargar	Detalle
☐	COMUNICACION SUPERVISOR PS 7429 2025 1.pdf	COMUNICACION SUPERVISOR PS 7429 2025 1.pdf	Comprador	Descargar	Detalle
☐	COMUNICACION SUPERVISOR PS 7429 2025 2.pdf	COMUNICACION SUPERVISOR PS 7429 2025 2.pdf	Comprador	Descargar	Detalle
☐	PS 7429 2025 CUENTA DE COBRO NOVIEMBRE 2025.pdf	PS 7429 2025 CUENTA DE COBRO NOVIEMBRE 2025.pdf	Proveedor	Descargar	Detalle

Borrar Cargar nuevo

Cancelar

< Evaluación de la Entidad Estatal >