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:	**MARIA ELENA MENCO ACUÑA**			**CC:**	**1102577217**
CORREO ELECTRÓNICO:	**MMENCOACUNA@GMAIL.COM**			**TELÉFONO:**	**3014502721**
DIRECCIÓN DOMICILIO:	**CL 35A BIS SUR 9 22 B/BARCELONA**			**CIUDAD:**	**BOGOTA**
BANCO AL CUAL CONSIGNAR:	**SCOTIABANK COLPATRIA SA**	**TIPO DE CUENTA:**	**AHORROS**	**N° CUENTA:**	**4182020667**
DATOS DEL CONTRATO O ADICION Y PERIODO OBJETO DE PAGO					
Nº DEL CONTRATO:	**PS 7504 2025**	**VALOR CORRESPONDIENTE AL PERIODO OBJETO DE COBRO**			**$ 583.200**
FECHA DE INICIO CONTRATO	**2025/10/09**	**FECHA DE TERMINACIÓN CONTRATO:**			**2026/01/31**
PERIODO OBJETO DE COBRO:	**DEL 2025/11/01 AL 2025/11/30**				

MARIA ELENA MENCO ACUÑA
PS_7504_2025_939B44

NOMBRE Y FIRMA DEL CONTRATISTA:
MARIA ELENA MENCO ACUÑA
CC: 1102577217
CEL: 3014502721

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			
MARIA ELENA MENCO ACUÑA			
	CON C.C N°	**1.102.577.217**	
OBJETO DEL CONTRATO:	PRESTAR SERVICIOS DE APOYO A LA GESTION COMO GESTOR TECNICO MAS BIENESTAR PARA DESARROLLAR ACTIVIDADES EN LA DIRECCI?N DE GESTI?N 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 7504 2025**	**FECHA INICIO CONTRATO**	**2025/10/09**
VALOR INICIAL DEL CONTRATO	$ 2.285.280	**No. HORAS EJECUTADAS**	**36**
VALOR TOTAL DEL CONTRATO INCLUIDO ADICIONES:	$ 11.810.880	**VALOR DE HONORARIOS PERÍODO A CERTIFICAR:**	$ 583.200
PLAZO DEL CONTRATO INCLUYENDO PRORROGAS	CUATRO (4) 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	Prestar los servicios con calidad y oportunidad. 1.1 Actividades desarrolladas: Planeación y ejecución de acciones territoriales extramurales, articulación con actores comunitarios e institucionales. 1.2 Productos: Informes territoriales, Registros de abordaje comunitario.
2	Presentar cronograma e informe mensual. 2.1 Actividades desarrolladas: Elaboración del cronograma territorial, Consolidación del informe mensual de gestión. 2.2 Productos: Cronograma mensual, Informe de actividades.
3	Apoyar la prestación de servicios del convenio. 3.1 Actividades desarrolladas: Recolección y entrega de información solicitada, Cumplimiento de lineamientos técnicos del convenio. 3.2 Productos: Bases de datos, Formatos diligenciados.
4	Apoyar el mejoramiento continuo de la calidad. 4.1 Actividades desarrolladas: Participación en planes de mejora, Apoyo a procesos de habilitación y acreditación. 4.2 Productos: Actas, Planes de mejora.
5	Apropiación conceptual del convenio. 5.1 Actividades desarrolladas: Estudio y aplicación de anexos técnicos. 5.2 Productos: Evidencia de aplicación en territorio.
6	Asistencia técnica desde el rol territorial. 6.1 Actividades desarrolladas: Acompañamiento técnico a procesos comunitarios. 6.2 Productos: Informes técnicos
7	Gestión documental con calidad. 7.1 Actividades desarrolladas: Revisión y entrega de formatos e informes. 7.2 Productos: Documentación validada.
8	Gestión comunitaria e institucional. 8.1 Actividades desarrolladas: Acercamientos con líderes y entidades locales. 8.2 Productos: Actas y registros.
9	Activación de eventos en salud pública. 9.1 Actividades desarrolladas: Identificación y notificación de eventos. 9.2 Productos: Reportes oficiales.
10	10. Participación en asistencias técnicas SDS. 10.1 Actividades desarrolladas: Asistencia a espacios técnicos distritales. 10.2 Productos: Listas de asistencia.
11	Organización documental. 11.1 Actividades desarrolladas: Archivo según TRD. 11.2 Productos: planillas organizadas.
12	Otras actividades asignadas. 12.1 Actividades desarrolladas: Cumplimiento de requerimientos de supervisión. 12.2 Productos: Informes y soportes.
13	Caracterización sociodemográfica. 13.1 Actividades desarrolladas: Aplicación de APGAR y recolección de información social. 13.2 Productos: Formatos completos.
14	Registro en GTAPS. 14.1 Actividades desarrolladas: Cargue diario de información. 14.2 Productos: Registros en aplicativo.
15	Insumos y apoyo al cronograma territorial. 15.1 Actividades desarrolladas: Apoyo en la recolección y organización de información requerida para el cronograma de actividades. Alistamiento de insumos operativos para las intervenciones extramurales formatos, listados. 15.2 Productos : Cronograma apoyado, Registros de alistamiento de insumos, Soportes operativos.
16	Apoyo en recolección y registro de información. 16.1 Actividades desarrolladas: Apoyo en la recolección de información durante las intervenciones extramurales, registro de datos básicos en formatos definidos listados, planillas, encuestas y tamizajes según indicación del profesional responsable. 16.2 Productos: Formatos y planillas diligenciadas. Registros de información entregados al equipo responsable.
17	Participación en espacios de coordinación territorial. 17.1 Actividades desarrolladas: Participación en reuniones o comités territoriales según indicación del equipo Socialización de información básica relacionada con las actividades.17.2 Productos: Registro en listas de asistencia.
18	Registro en instrumentos definidos. 18.1 Actividades desarrolladas: Diligenciamiento de planillas y consentimientos. 18.2 Productos: Planillas firmadas

19	Gestión de riesgos en salud. 19.1 Actividades desarrolladas: Identificación y reporte oportuno de riesgos. 19.2 Productos : Soportes de activación.
20	Cumplimiento del anexo técnico. 20.1 Actividades desarrolladas: Cumplimiento de funciones asignadas. 20.2 Productos : Evidencias de cumplimiento.

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° 35376418	OPERADOR:	ASOPAGOS

CONCEPTO DEL PAGO	ENTIDAD	FECHA DE PAGO	VALOR PAGADO
SALUD:	MUTUALSER	2025/12/11	$ 178.200
PENSIÓN:	PORVENIR	2025/12/11	$ 228.100
RIESGOS LABORALES:	SURA	2025/12/11	$ 34.800
OTRO			
TOTAL PAGADO			$ 441.100

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	*MARIA ELENA MENCO ACUÑA* *PS_7504_2025_939B44* **MARIA ELENA MENCO ACUÑA** **CC: 1102577217**
FIRMA DE QUIEN VALIDA	*SANDRA YANNETH CONTRERAS PEÑALOSA* *PS_7504_2025_939B44* **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_7504_2025_939B44* **ANA MARGARET RABA SIERRA** **SUPERVISOR DEL CONTRATO**