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:	**GLADYS LORENY JAMIOY PEÑA**			**CC:**	**1124855703**
CORREO ELECTRÓNICO:	**GLADYSJAMIOYP@GMAIL.COM**			**TELÉFONO:**	**3212457738**
DIRECCIÓN DOMICILIO:	**KR 88H BIS 41 33 SUR**			**CIUDAD:**	**BOGOTA**
BANCO AL CUAL CONSIGNAR:	**BANCO DAVIVIENDA S.A.**	**TIPO DE CUENTA:**	**AHORROS**	**N° CUENTA:**	**450800229939**
DATOS DEL CONTRATO O ADICION Y PERIODO OBJETO DE PAGO					
Nº DEL CONTRATO:	**PS 7482 2025**	**VALOR CORRESPONDIENTE AL PERIODO OBJETO DE COBRO**			**$ 2.980.800**
FECHA DE INICIO CONTRATO	**2025/10/09**	**FECHA DE TERMINACIÓN CONTRATO:**			**2026/01/31**
PERIODO OBJETO DE COBRO:	**DEL 2025/12/01 AL 2025/12/31**				

GLADYS LORENY JAMIOY PEÑA
PS_7482_2025_A6EB76

NOMBRE Y FIRMA DEL CONTRATISTA:
GLADYS LORENY JAMIOY PEÑA
CC: 1124855703
CEL: 3212457738

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			
GLADYS LORENY JAMIOY PEÑA			
	CON C.C N°	**1.124.855.703**	
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 7482 2025**	**FECHA INICIO CONTRATO**	**2025/10/09**
VALOR INICIAL DEL CONTRATO	$ 2.285.280	**No. HORAS EJECUTADAS**	**184**
VALOR TOTAL DEL CONTRATO INCLUIDO ADICIONES:	$ 11.916.180	**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:	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	OBLIGACIÓN 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. 1.1 ACTIVIDADES DESARROLLADAS: REALICÉ TOMA DE SIGNOS VITALES A CADA INTEGRANTE DE LA FAMILIA PARA IDENTIFICAR EL ESTADO DE SALUD PARA DAR RESPUESTA A LOS RIESGOS IDENTIFICADOS EN LA CARACTERIZACIÓN DE MANERA OPORTUNA. 1.2 PRODUCTOS (EVIDENCIAS): VERIQUÉ A CADA INTEGRANTE EN EL APLICADIVO GITAP PARA GARANTIZAR QUE SEA UNICA CARACTERIZACIÓN Y VALIDACIÓN DE DATOS PARA GARANTIZAR CALIDAD DE TADOS.
2	OBLIGACIÓN 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. 2.1 ACTIVIDADES DESARROLLADAS: REALICÉ ENTREGA DE LOS FORMATOS DE LAS PLANILLAS DE FIRMAS CON CALIDAD EN LOS DATOS PLASPLADO EN EL DOCUMENTO, GARANTIZANDO LA VERACIDAD DE CADA USUARIO VERIFICANDO SU INFORMACIÓN EN LOS RESPECTIVOS MEDIOS PARA IDENTIFICAR LA INFORMACIÓN SUMINISTRADO POR LA PERSONA ABORDADO EN TERRENO EN EL ABORAJE DE RUTEO. 2.2 PRODUCTOS (EVIDENCIAS): PRESENTÉ LOS FORMATOS DE PLANILLA DE LA INFORMACIÓN RECEPCIONADA DE CADA USUARIO VERIFICANDO CADA INFORMACIÓN EN ADRES Y SISBEN PARA GARANTIZAR INFORMACIÓN DE CALIDAD Y VERIDICA.
3	3 OBLIGACIÓN 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 ACTIVIDADES DESARROLLADAS: GARANTICÉ LOS SERVICIOS DE GESTIÓN BÁSICOS EXTRAMURALES EN EL TERRITORIO ASIGNANDO DEL BARRIO SANTA INES SUR LOCALIDAD SAN CRISTOBAL RECOLECTANDO INFORMACIÓN PARA DAR CUMPLIMIENTO A LOS REQUERIMIENTOS SEGÚN LINIAMENTO. 3.2 PRODUCTOS (EVIDENCIAS): ME DESPLACÉ AL TERITORIO PARA ABORDAR LAS AGISNADAS EN LA BASE DE RUTEO PARA REALIZAR LA ACRACTERIZACIÓN E IDENTIFICACIÓN DE RIESGO, E EL CUAL SE GARANTIZÓ EL CUMPLIMENTO DEL PROGRAMA EN LAS DIFERENTES MANZANAS DEL TERRITORIO SEGÚN BASE DE RUTEO.
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. 4.1 ACTIVIDADES DESARROLLADAS: PRESTÉ SERVICIO A LAS FAMILIAS REALIZANDO TOMA DE SIGNOS VITALES A CADA INTEGRANTE DE LA FAMILIA PARA IDENTIFICAR EL ESTADO DE SALUD DE CADA PERSONA Y DAR RESPUESTA A LOS RIESGOS IDENTIFICADOS DE LOS USUARIOS INDICE DE A BASE DE RUDEO Y LOS INTEGRANTES DE SU NUCLEO FAMILIAR. 4.2 PRODUCTOS (EVIDENCIAS): SE ENTREVISTÓ AL USUARIO SOBRE SU ESTADO DE SALUD Y SE RECEPCIONÓ DICHA IFORMACIÓN PARA REALIZAR GESTION SEGÚN CRITERIO DE SALUD.
5	OBLIGACIÓN 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 ACTIVIDADES DESARROLLADAS: PRESENTÉ PRODUCTO DE CRONOGRAMA DE ACTIVIDADES REALIZADAS DURANTE EL MES DE DICIEMBRE PLASMANDO LOS DATOS QUERIDOS PARA LA MISMA. 5.2 PRODUCTOS (EVIDENCIAS): SE BRINDÓ RESPUESTA EN LA PLATAFORMA GITAP SOBRE LOS USUARIOS ABORDADOS EN LA BASE DE RUTEO PRIORIZADOS PARA SU RESPECTIVA INTERVENCIÓN.

6	OBLIGACIÓN 6. DESARROLLAR 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. 6.1 ACTIVIDADES DESARROLLADAS: GESTIONÉ ACTIVACIÓN DE RUTA CON LA EPS SEGÚN CASO Y NECESIDAD IDENTIFICADA EN TERRITORIO POR CADA USUARIO PRORIZADO PARA SU VISITA. 6.2 PRODUCTOS (EVIDENCIAS): DIRECCIONÉ A LOS USARIOS IDENTIFICADOS SIN TRATAMIENTOS O NO ADHERENTES O SEGUN CRITERIO DE SALUD PARA SU INTERVENCIÓN Y ATENCIÓN OPORTUNA.
7	OBLIGACIÓN 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 ACTIVIDADES DESARROLLADAS: ORGANICÉ LA DOCUMENTACIÓN SOLICITADA COMO PLANILLAS DE FIRMAS VERIFICANDO CADA USUARIO SUS DATOS PERTINENTES Y GARANTIZANDO SU CALIDAD PARA SU ENTREGA. 7.2 PRODUCTOS (EVIDENCIAS): SE VERIFICÓ CADA USUARIO EN ADRES PARA CONFIRMAR DATOS Y RECEPCIONAR INFORMACIÓN EN LA PLANILLA DE FIRMAS CON CALIDAD PARA GARANTIZAR VERACIDAD DE LOS DATOS REOLECTADOS EN LAS VISITAS.
8	OBLIGACIÓN 8. PARTICIPAR Y GESTIONAR LOS ACERCAMIENTOS COMUNITARIOS E INSTITUCIONALES QUE SE REQUIERAN, PARA EL DESARROLLO DE LAS ACCIONES DE CADA PROCESO. 8.1 ACTIVIDADES DESARROLLADAS: ME DESPLACÉ AL TERRITORIO ASIGNADO DE SANTA INES SUR ZONA CATASTRAL 1357 DE LA LOCALIDAD SAN CRISTOBAL, PARA DAR RESPUESTA A LOS MAPAS CORRESPONDIENTE SEGÚN UBICACIÓN DADA ENN LA BASE DE RUTEO Y GARANTICÉ LA INTERVENCIÓN DE CADA FAMILIA SEGÚN SUS NECESIDADES DE SALUD. 8.2 PRODUCTOS (EVIDENCIAS): VERIFIQUÉ CADA USUARIO EN EL APLICATIVO DE GITAP ANTES DE REALIZAR LA CARACTERIZACIÓN PARA GARANTIZAR EL ABORDAJE EFECTIVO, SE INDAGÓ POR EL ESTADO DE SALUD Y ASISTENCIA A LOS CENTROS DE SALUD PARA SUS TRATAMIENTOS, Y CHEQUEOS RUTINARIOS SEGUN EL CASO, DE IGUAL MODO, SENSIBILICÉ EN LA IMPRTANCIA Y OBJETIVO DEL PROGRAMA MÁS BIENESTAR SALUD EN TU HOGAR DE LA SUBRED CENTRO ORIENTE.
9	OBLIGACIÓN 9. ACTIVAR Y NOTIFICAR LOS EVENTOS DE INTERÉS EN SALUD PÚBLICA DETECTADOS EN CADA UNA DE SUS INTERVENCIONES. 9.1 ACTIVIDADES DESARROLLADAS: CARACTERICÉ USUARIOS IDENTIFICANDO RIESGOS DE SALUD POR CADA INDIVIDUO Y SE DÍO RESPUESTA DE MANERA OPORTUNO SEGÚN SU NECESIDAD EN EL APLICATIVO GITAP. 9.2 PRODUCTOS (EVIDENCIAS): PROCEDÍ A LAS RESPECTIVA ACTIVACIONES DE RUTA CON EPS TODOS LOS DIAS POR CADA USUARIO SEGÚN EL RIESGO IDENTIFICADO Y SUS NECESIDADES INDIVIDUALES PARA DAR RESPUESTA DE MANERA OPORTUNA SEGÚN CRITERIO DE SALUD.
10	OBLIGACIÓN 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 ACTIVIDADES DESARROLLADAS: REALICÉ GESTIÓN DE PREAUDITORIA EN EL MES CORRESPONDIENTE VERIFICANDO CON PROFESIONALES DE APOYO META ESTABLESIDA Y HALLAZGOS, ASIMISMO, PARTICIPÉ EN LAS REUNIONES, FORTALECIMIENTOS Y COMITES SEGÚN PROGRAMACIÓN. 10.2 PRODUCTOS (EVIDENCIAS): PRESENTÉ PREAUDITORIA DEL MES CORRESPONDIENTE VERIFICANDO CON LOS PROFESIONALES DE APOYO META ESTABLECIDA Y HALLAZGOS DE CADA USUARIO REGISTRADO EN GITAP.
11	OBLIGACIÓN 11. ORGANIZAR EL ARCHIVO DE LA DOCUMENTACIÓN GENERADA DE ACUERDO CON LA NORMATIVIDAD Y TABLA DE RETENCIÓN DOCUMENTAL. 11.1 ACTIVIDADES DESARROLLADAS: RECEPCIONÉ INFORMACIÓN DE CADA USUARIO CARACTERIZADO EN FORMATO DE PLANILLAS DE FIRMAS PARA REALIZAR SU ENTREGA CON CALIDAD Y PORTUNIDAD. 11.2 PRODUCTOS (EVIDENCIAS): REALICÉ ENTREGA DE FORMATOS DE PLANILLA DE FIRMAS DE CADA USARIO CARACTERIZADO EN LA BASE DE RUTEO.
12	OBLIGACIÓN 12. REALIZAR LAS DEMÁS OBLIGACIONES QUE SE RELACIONEN CON EL OBJETO DEL CONTRATO Y QUE SEAN REQUERIDAS POR LA SUPERVISIÓN. 12.1 ACTIVIDADES DESARROLLADAS: PARTICIPÉ EN LAS REUNIONES Y CAPACITACIONES PROGRAMADO POR LOS LÍDERES, ASIMISMO, AL COMITÉ PROGRAMADO DEL MES DE DICIEMBRE. 12.2 PRODUCTOS (EVIDENCIAS): ASISTÍ A LA PROGRAMACIÓN DE CADA LÍDER PARA DAR RESPUESTA A LOS REQUERIMIENTOS DEL PROGRAMA CON LOS TÉCNICOS PARA GARANTIZAR CALIDAD DE LOS DATOS RIGISTRADOS EN GITAP.
13	OBLIGACIÓN 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 ACTIVIDADES DESARROLLADAS: SUBÍ INFORMACIÓN RECEPCIONADA DE CADA USUARIO EN EL APLICADIVO GITAP DANDO CUMPLIMIENTO CON LOS TAMIZAJES CORRSPONDIENTE PARA CADA USUARIO SEGÚN EL CRITERIO, EDAD Y ESTADO DE SALUD. 13.2 PRODUCTOS (EVIDENCIAS): CARACTERICÉ CADA FAMILIA EN SU HOGAR REALIZANDO CONCIENTIZACIÓN EN SALUD Y EN LA IMPORTNCIA DE FOMENTAR LOS BUENOS HÁBITOS DE ALIMENTACIÓN DE IGUAL MODO, LA IMPORTANCIA DE CUIDAR LA SLAUD MENTAL PARA MINIMIZAR RIESGOS DE ENFERMEDAD A NIVIEL FÍSICO, ISTEMATICO Y EMOCIONAL. SE TOMÓ LOS SIGNOS VITALES, COMO LA TENSIÓN ARTERIAL, PESO, TALLA, OXIMETRÍA, PERIMETRO ABDOMINAL Y CLUCOMETRÍA SEGÚN REQUERIMIENTO, TAMBIÉN APLICANDO CADA TAMIZAJE Y VERIFICANDO CARNET DE VACUNAS EN MENORES DE EDAD Y DE CRECIMIENTO Y DERRALLO.
	OBLIGACIÓN 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 ACTIVIDADES DESARROLLADAS: SUBÍ LA INFORMACIÓN RECEPCIONADA DE CADA USUARIO EN EL APLICADIVO GITAP DANDO CUMPLIMIENTO CON LOS TAMIZAJES CORRESPONDIENTE PARA CADA USUARIO SEGÚN EL CRITERIO DE EDAD Y ESTADO DE SALUD. 14.2 PRODUCTOS (EVIDENCIAS): SE SUBÍO CADA CARACTERIZACIÓN SOCIODEMOGRAFICA A LA

14	PLATAFORMA DE GITAP, VERICANDO LA INFORMACIÓN BRINDADA POR EL USARIO PARA GARANTIZAR UNA INFORMACIÓN DE CALIDAD Y VERACIDAD POR CADA PERSONA Y FAMILIAS ABORDADAS EN EL TERRITORIO SEGÚN BASE DE RUTEO.
15	OBLIGACIÓN 15. PRESENTAR EL CRONOGRAMA DE ACTIVIDADES E INSUMOS PREPARADOS (MAPAS BASE, MATRICES, CARTOGRAFÍA, DATOS CATASTRALES Y POBLACIONALES). 15.1 ACTIVIDADES DESARROLLADAS: GARANTICÉ COMPLIMIENTO EN LAS ACTIVIDADES REQUERIDAS PARA DAR RESPUESTA OPORTUNA EN LA GESTIÓN TERRITORIAL LLEVANDO DIARIAMENTE LOS INSUMOS CORRESPONDIETES PARA UNA INTERVENCIÓN CON ALIDAD. 15.2 PRODUCTOS (EVIDENCIAS): REALICÉ LLAMADAS, AGENDAMIENTO Y DEPURACIÓN DE LA BASE DE RUTEO ASIGNADA PARA SU CORRESPONDIENTE IDENTIFICACIÓN DE LAS PRIORIDADES Y GARANTIZAR LA ATENCÓN EN SALUD EN SU DOMICILIO.
16	OBLIGACIÓN 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. 16.1 ACTIVIDADES DESARROLLADAS: PRESENTÉ PRODUCTO DE LA GESTÓN REALIZADA CON LOS USUARIOS Y CANTIDAD POBLACIONAL POR CADA SECTOR CATASTRAL Y SUS MANZANAS CORRESPONDIENTES SEGÚN BASE DE RUTEO. 16.2 PRODUCTOS (EVIDENCIAS): BRINDÉ RESPUESTA A CADA PREDIO SEGÚN BASE DE RUTEO DE CADA MANZANA ABORDANDO Y DANDO ESTADO DEL PREDIO.
17	OBLIGACIÓN 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). 17.1 ACTIVIDADES DESARROLLADAS: PARTICIPÉ EN LOS COMITES CONVOCADOS EN EL CUAL SE RECIBE RETROALIMENTACIÓN, AVANCES Y MEJORAS PARA GARANTIZAR UN CUMPLIMIENTO A CABALIDAD DEL PROGRAMA. 17.2 PRODUCTOS (EVIDENCIAS): PRESENTÉ PREAUDITORIA DEL MES CORRESPONDIENTE VERIFICANDO CON LOS PROFESIONALES DE APOYO META ESTABLECIDA Y HALLAZGOS.
18	OBLIGACIÓN 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 ACTIVIDADES DESARROLLADAS: REGISTRÉ LAS ACTIVIDADES REQUERIDAS EN CADA CRACTERIZACIÓN EN EL FORMATO DE FIRMAS. 18.2 PRODUCTOS (EVIDENCIAS): REALICÉ ENTREGA DE LOS FORMATOS DE FIRMA CON LAS RESPECTIVA INFORMACIÓN RECOLECTADA DE CADA USUARIO EN LA VISITA EN CAMPO.
19	OBLIGACIÓN 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 ACTIVIDADES DESARROLLADAS: REPORTÉ LOS AGENDAMIENTOS DE LOS USUARIOS IDENTIFICADOS DE ALTO RIESGO O QUE REQUIERAN UNA ATENCÓN DE MANERA PRIORITARIO SEGÚN NECESIDAD. 19.2 PRODUCTOS (EVIDENCIAS): REALICÉ AGENDAMIENTO EN TIEMPO REAL SEGÚN CASO DE SALUD EVIDENCIADO POR CADA USUARIO TIPO 4, ASIMISMO, ENVÍO DE CITAS O AUTORIZACIONES PENDIENTES PARA SU RESPECTIVA GESTIÓN.
20	OBLIGACIÓN 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 ACTIVIDADES DESARROLLADAS: GARANTICÉ CUMPLIMIENTO CON LAS ACTIVIDADES REQUERIDAS DE MANERA OPORTUNA DEL PROGRAMA MÁS BIENESTAR SEGÚN BASE DE RUTEO. 20.2 PRODUCTOS (EVIDENCIAS): DÍ CUMPLIMIENTO CON LA META ESTABECIDA REALIZANDO ENTREGA DE TODAS LAS PLANILLAS DE FIRMA RECEPCIONADAS DURANTE LA CARACTERIZACIÓN DE SALUD DEL MES DE DICIEMBRE.

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° 9494782251 9496353701	OPERADOR:	APORTES EN LINEA

CONCEPTO DEL PAGO	ENTIDAD	FECHA DE PAGO	VALOR PAGADO
SALUD:	COMPENSAR	2025/12/10	$ 183.500
PENSIÓN:	COLPENSIONES	2025/12/10	$ 234.900

RIESGOS LABORALES:	SEGUROS BOLIVAR	2025/12/10	$ 35.800
OTRO			
TOTAL PAGADO			$ 454.200

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	*GLADYS LORENY JAMIOY PEÑA* *PS_7482_2025_A6EB76* **GLADYS LORENY JAMIOY PEÑA** **CC: 1124855703**
FIRMA DE QUIEN VALIDA	*SANDRA YANNETH CONTRERAS PEÑALOSA* *PS_7482_2025_A6EB76* **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_7482_2025_A6EB76* **ANA MARGARET RABA SIERRA** **SUPERVISOR DEL CONTRATO**

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:	**GLADYS LORENY JAMIOY PEÑA**			**CC:**	**1124855703**
CORREO ELECTRÓNICO:	**GLADYSJAMIOYP@GMAIL.COM**			**TELÉFONO:**	**3212457738**
DIRECCIÓN DOMICILIO:	**KR 88H BIS 41 33 SUR**			**CIUDAD:**	**BOGOTA**
BANCO AL CUAL CONSIGNAR:	**BANCO DAVIVIENDA S.A.**	**TIPO DE CUENTA:**	**AHORROS**	**N° CUENTA:**	**450800229939**
DATOS DEL CONTRATO O ADICION Y PERIODO OBJETO DE PAGO					
Nº DEL CONTRATO:	**PS 7482 2025**	**VALOR CORRESPONDIENTE AL PERIODO OBJETO DE COBRO**			**$ 696.600**
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**				

GLADYS LORENY JAMIOY PEÑA
PS_7482_2025_BE16C9

NOMBRE Y FIRMA DEL CONTRATISTA:
GLADYS LORENY JAMIOY PEÑA
CC: 1124855703
CEL: 3212457738

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			
GLADYS LORENY JAMIOY PEÑA			
	CON C.C N°	**1.124.855.703**	
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 7482 2025**	**FECHA INICIO CONTRATO**	**2025/10/09**
VALOR INICIAL DEL CONTRATO	$ 2.285.280	**No. HORAS EJECUTADAS**	**43**
VALOR TOTAL DEL CONTRATO INCLUIDO ADICIONES:	$ 11.916.180	**VALOR DE HONORARIOS PERÍODO A CERTIFICAR:**	$ 696.600
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	OBLIGACIÓN 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. 1.1 ACTIVIDADES DESARROLLADAS: REALICÉ TOMA DE SIGNOS VITALES A CADA INTEGRANTE DE LA FAMILIA PARA IDENTIFICAR EL ESTADO DE SALUD PARA DAR RESPUESTA A LOS RIESGOS IDENTIFICADOS EN LA CARACTERIZACIÓN DE MANERA OPORTUNA. 1.2 PRODUCTOS (EVIDENCIAS): VERIQUÉ A CADA INTEGRANTE EN EL APLICADIVO GITAP PARA GARANTIZAR QUE SEA UNICA CARACTERIZACIÓN Y VALIDACIÓN DE DATOS PARA GARANTIZAR CALIDAD DE TADOS.
2	OBLIGACIÓN 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. 2.1 ACTIVIDADES DESARROLLADAS: REALICÉ ENTREGA DE LOS FORMATOS DE LAS PLANILLAS DE FIRMAS CON CALIDAD EN LOS DATOS PLASPLADO EN EL DOCUMENTO, GARANTIZANDO LA VERACIDAD DE CADA USUARIO VERIFICANDO SU INFORMACIÓN EN LOS RESPECTIVOS MEDIOS PARA IDENTIFICAR LA INFORMACIÓN SUMINISTRADO POR LA PERSONA ABORDADO EN TERRENO EN EL ABORAJE DE RUTEO. 2.2 PRODUCTOS (EVIDENCIAS): PRESENTÉ LOS FORMATOS DE PLANILLA DE LA INFORMACIÓN RECEPCIONADA DE CADA USUARIO VERIFICANDO CADA INFORMACIÓN EN ADRES Y SISBEN PARA GARANTIZAR INFORMACIÓN DE CALIDAD Y VERIDICA.
3	3 OBLIGACIÓN 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 ACTIVIDADES DESARROLLADAS: GARANTICÉ LOS SERVICIOS DE GESTIÓN BÁSICOS EXTRAMURALES EN EL TERRITORIO ASIGNANDO DEL BARRIO SANTA INES SUR LOCALIDAD SAN CRISTOBAL RECOLECTANDO INFORMACIÓN PARA DAR CUMPLIMIENTO A LOS REQUERIMIENTOS SEGÚN LINIAMENTO. 3.2 PRODUCTOS (EVIDENCIAS): ME DESPLACÉ AL TERITORIO PARA ABORDAR LAS AGISNADAS EN LA BASE DE RUTEO PARA REALIZAR LA ACRACTERIZACIÓN E IDENTIFICACIÓN DE RIESGO, E EL CUAL SE GARANTIZÓ EL CUMPLIMENTO DEL PROGRAMA EN LAS DIFERENTES MANZANAS DEL TERRITORIO SEGÚN BASE DE RUTEO.
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. 4.1 ACTIVIDADES DESARROLLADAS: PRESTÉ SERVICIO A LAS FAMILIAS REALIZANDO TOMA DE SIGNOS VITALES A CADA INTEGRANTE DE LA FAMILIA PARA IDENTIFICAR EL ESTADO DE SALUD DE CADA PERSONA Y DAR RESPUESTA A LOS RIESGOS IDENTIFICADOS DE LOS USUARIOS INDICE DE A BASE DE RUDEO Y LOS INTEGRANTES DE SU NUCLEO FAMILIAR. 4.2 PRODUCTOS (EVIDENCIAS): SE ENTREVISTÓ AL USUARIO SOBRE SU ESTADO DE SALUD Y SE RECEPCIONÓ DICHA IFORMACIÓN PARA REALIZAR GESTION SEGÚN CRITERIO DE SALUD.
5	OBLIGACIÓN 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 ACTIVIDADES DESARROLLADAS: PRESENTÉ PRODUCTO DE CRONOGRAMA DE ACTIVIDADES REALIZADAS DURANTE EL MES DE DICIEMBRE PLASMANDO LOS DATOS QUERIDOS PARA LA MISMA. 5.2 PRODUCTOS (EVIDENCIAS): SE BRINDÓ RESPUESTA EN LA PLATAFORMA GITAP SOBRE LOS USUARIOS ABORDADOS EN LA BASE DE RUTEO PRIORIZADOS PARA SU RESPECTIVA INTERVENCIÓN.

6	OBLIGACIÓN 6. DESARROLLAR 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. 6.1 ACTIVIDADES DESARROLLADAS: GESTIONÉ ACTIVACIÓN DE RUTA CON LA EPS SEGÚN CASO Y NECESIDAD IDENTIFICADA EN TERRITORIO POR CADA USUARIO PRORIZADO PARA SU VISITA. 6.2 PRODUCTOS (EVIDENCIAS): DIRECCIONÉ A LOS USARIOS IDENTIFICADOS SIN TRATAMIENTOS O NO ADHERENTES O SEGUN CRITERIO DE SALUD PARA SU INTERVENCIÓN Y ATENCIÓN OPORTUNA.
7	OBLIGACIÓN 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 ACTIVIDADES DESARROLLADAS: ORGANICÉ LA DOCUMENTACIÓN SOLICITADA COMO PLANILLAS DE FIRMAS VERIFICANDO CADA USUARIO SUS DATOS PERTINENTES Y GARANTIZANDO SU CALIDAD PARA SU ENTREGA. 7.2 PRODUCTOS (EVIDENCIAS): SE VERIFICÓ CADA USUARIO EN ADRES PARA CONFIRMAR DATOS Y RECEPCIONAR INFORMACIÓN EN LA PLANILLA DE FIRMAS CON CALIDAD PARA GARANTIZAR VERACIDAD DE LOS DATOS REOLECTADOS EN LAS VISITAS.
8	OBLIGACIÓN 8. PARTICIPAR Y GESTIONAR LOS ACERCAMIENTOS COMUNITARIOS E INSTITUCIONALES QUE SE REQUIERAN, PARA EL DESARROLLO DE LAS ACCIONES DE CADA PROCESO. 8.1 ACTIVIDADES DESARROLLADAS: ME DESPLACÉ AL TERRITORIO ASIGNADO DE SANTA INES SUR ZONA CATASTRAL 1357 DE LA LOCALIDAD SAN CRISTOBAL, PARA DAR RESPUESTA A LOS MAPAS CORRESPONDIENTE SEGÚN UBICACIÓN DADA ENN LA BASE DE RUTEO Y GARANTICÉ LA INTERVENCIÓN DE CADA FAMILIA SEGÚN SUS NECESIDADES DE SALUD. 8.2 PRODUCTOS (EVIDENCIAS): VERIFIQUÉ CADA USUARIO EN EL APLICATIVO DE GITAP ANTES DE REALIZAR LA CARACTERIZACIÓN PARA GARANTIZAR EL ABORDAJE EFECTIVO, SE INDAGÓ POR EL ESTADO DE SALUD Y ASISTENCIA A LOS CENTROS DE SALUD PARA SUS TRATAMIENTOS, Y CHEQUEOS RUTINARIOS SEGUN EL CASO, DE IGUAL MODO, SENSIBILICÉ EN LA IMPRTANCIA Y OBJETIVO DEL PROGRAMA MÁS BIENESTAR SALUD EN TU HOGAR DE LA SUBRED CENTRO ORIENTE.
9	OBLIGACIÓN 9. ACTIVAR Y NOTIFICAR LOS EVENTOS DE INTERÉS EN SALUD PÚBLICA DETECTADOS EN CADA UNA DE SUS INTERVENCIONES. 9.1 ACTIVIDADES DESARROLLADAS: CARACTERICÉ USUARIOS IDENTIFICANDO RIESGOS DE SALUD POR CADA INDIVIDUO Y SE DÍO RESPUESTA DE MANERA OPORTUNO SEGÚN SU NECESIDAD EN EL APLICATIVO GITAP. 9.2 PRODUCTOS (EVIDENCIAS): PROCEDÍ A LAS RESPECTIVA ACTIVACIONES DE RUTA CON EPS TODOS LOS DIAS POR CADA USUARIO SEGÚN EL RIESGO IDENTIFICADO Y SUS NECESIDADES INDIVIDUALES PARA DAR RESPUESTA DE MANERA OPORTUNA SEGÚN CRITERIO DE SALUD.
10	OBLIGACIÓN 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 ACTIVIDADES DESARROLLADAS: REALICÉ GESTIÓN DE PREAUDITORIA EN EL MES CORRESPONDIENTE VERIFICANDO CON PROFESIONALES DE APOYO META ESTABLESIDA Y HALLAZGOS, ASIMISMO, PARTICIPÉ EN LAS REUNIONES, FORTALECIMIENTOS Y COMITES SEGÚN PROGRAMACIÓN. 10.2 PRODUCTOS (EVIDENCIAS): PRESENTÉ PREAUDITORIA DEL MES CORRESPONDIENTE VERIFICANDO CON LOS PROFESIONALES DE APOYO META ESTABLECIDA Y HALLAZGOS DE CADA USUARIO REGISTRADO EN GITAP.
11	OBLIGACIÓN 11. ORGANIZAR EL ARCHIVO DE LA DOCUMENTACIÓN GENERADA DE ACUERDO CON LA NORMATIVIDAD Y TABLA DE RETENCIÓN DOCUMENTAL. 11.1 ACTIVIDADES DESARROLLADAS: RECEPCIONÉ INFORMACIÓN DE CADA USUARIO CARACTERIZADO EN FORMATO DE PLANILLAS DE FIRMAS PARA REALIZAR SU ENTREGA CON CALIDAD Y PORTUNIDAD. 11.2 PRODUCTOS (EVIDENCIAS): REALICÉ ENTREGA DE FORMATOS DE PLANILLA DE FIRMAS DE CADA USARIO CARACTERIZADO EN LA BASE DE RUTEO.
12	OBLIGACIÓN 12. REALIZAR LAS DEMÁS OBLIGACIONES QUE SE RELACIONEN CON EL OBJETO DEL CONTRATO Y QUE SEAN REQUERIDAS POR LA SUPERVISIÓN. 12.1 ACTIVIDADES DESARROLLADAS: PARTICIPÉ EN LAS REUNIONES Y CAPACITACIONES PROGRAMADO POR LOS LÍDERES, ASIMISMO, AL COMITÉ PROGRAMADO DEL MES DE DICIEMBRE. 12.2 PRODUCTOS (EVIDENCIAS): ASISTÍ A LA PROGRAMACIÓN DE CADA LÍDER PARA DAR RESPUESTA A LOS REQUERIMIENTOS DEL PROGRAMA CON LOS TÉCNICOS PARA GARANTIZAR CALIDAD DE LOS DATOS RIGISTRADOS EN GITAP.
13	OBLIGACIÓN 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 ACTIVIDADES DESARROLLADAS: SUBÍ INFORMACIÓN RECEPCIONADA DE CADA USUARIO EN EL APLICADIVO GITAP DANDO CUMPLIMIENTO CON LOS TAMIZAJES CORRSPONDIENTE PARA CADA USUARIO SEGÚN EL CRITERIO, EDAD Y ESTADO DE SALUD. 13.2 PRODUCTOS (EVIDENCIAS): CARACTERICÉ CADA FAMILIA EN SU HOGAR REALIZANDO CONCIENTIZACIÓN EN SALUD Y EN LA IMPORTNCIA DE FOMENTAR LOS BUENOS HÁBITOS DE ALIMENTACIÓN DE IGUAL MODO, LA IMPORTANCIA DE CUIDAR LA SLAUD MENTAL PARA MINIMIZAR RIESGOS DE ENFERMEDAD A NIVIEL FÍSICO, ISTEMATICO Y EMOCIONAL. SE TOMÓ LOS SIGNOS VITALES, COMO LA TENSIÓN ARTERIAL, PESO, TALLA, OXIMETRÍA, PERIMETRO ABDOMINAL Y CLUCOMETRÍA SEGÚN REQUERIMIENTO, TAMBIÉN APLICANDO CADA TAMIZAJE Y VERIFICANDO CARNET DE VACUNAS EN MENORES DE EDAD Y DE CRECIMIENTO Y DERRALLO.
	OBLIGACIÓN 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 ACTIVIDADES DESARROLLADAS: SUBÍ LA INFORMACIÓN RECEPCIONADA DE CADA USUARIO EN EL APLICADIVO GITAP DANDO CUMPLIMIENTO CON LOS TAMIZAJES CORRESPONDIENTE PARA CADA USUARIO SEGÚN EL CRITERIO DE EDAD Y ESTADO DE SALUD. 14.2 PRODUCTOS (EVIDENCIAS): SE SUBÍO CADA CARACTERIZACIÓN SOCIODEMOGRAFICA A LA

14	PLATAFORMA DE GITAP, VERICANDO LA INFORMACIÓN BRINDADA POR EL USARIO PARA GARANTIZAR UNA INFORMACIÓN DE CALIDAD Y VERACIDAD POR CADA PERSONA Y FAMILIAS ABORDADAS EN EL TERRITORIO SEGÚN BASE DE RUTEO.
15	OBLIGACIÓN 15. PRESENTAR EL CRONOGRAMA DE ACTIVIDADES E INSUMOS PREPARADOS (MAPAS BASE, MATRICES, CARTOGRAFÍA, DATOS CATASTRALES Y POBLACIONALES). 15.1 ACTIVIDADES DESARROLLADAS: GARANTICÉ COMPLIMIENTO EN LAS ACTIVIDADES REQUERIDAS PARA DAR RESPUESTA OPORTUNA EN LA GESTIÓN TERRITORIAL LLEVANDO DIARIAMENTE LOS INSUMOS CORRESPONDIETES PARA UNA INTERVENCIÓN CON ALIDAD. 15.2 PRODUCTOS (EVIDENCIAS): REALICÉ LLAMADAS, AGENDAMIENTO Y DEPURACIÓN DE LA BASE DE RUTEO ASIGNADA PARA SU CORRESPONDIENTE IDENTIFICACIÓN DE LAS PRIORIDADES Y GARANTIZAR LA ATENCÓN EN SALUD EN SU DOMICILIO.
16	OBLIGACIÓN 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. 16.1 ACTIVIDADES DESARROLLADAS: PRESENTÉ PRODUCTO DE LA GESTÓN REALIZADA CON LOS USUARIOS Y CANTIDAD POBLACIONAL POR CADA SECTOR CATASTRAL Y SUS MANZANAS CORRESPONDIENTES SEGÚN BASE DE RUTEO. 16.2 PRODUCTOS (EVIDENCIAS): BRINDÉ RESPUESTA A CADA PREDIO SEGÚN BASE DE RUTEO DE CADA MANZANA ABORDANDO Y DANDO ESTADO DEL PREDIO.
17	OBLIGACIÓN 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). 17.1 ACTIVIDADES DESARROLLADAS: PARTICIPÉ EN LOS COMITES CONVOCADOS EN EL CUAL SE RECIBE RETROALIMENTACIÓN, AVANCES Y MEJORAS PARA GARANTIZAR UN CUMPLIMIENTO A CABALIDAD DEL PROGRAMA. 17.2 PRODUCTOS (EVIDENCIAS): PRESENTÉ PREAUDITORIA DEL MES CORRESPONDIENTE VERIFICANDO CON LOS PROFESIONALES DE APOYO META ESTABLECIDA Y HALLAZGOS.
18	OBLIGACIÓN 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 ACTIVIDADES DESARROLLADAS: REGISTRÉ LAS ACTIVIDADES REQUERIDAS EN CADA CRACTERIZACIÓN EN EL FORMATO DE FIRMAS. 18.2 PRODUCTOS (EVIDENCIAS): REALICÉ ENTREGA DE LOS FORMATOS DE FIRMA CON LAS RESPECTIVA INFORMACIÓN RECOLECTADA DE CADA USUARIO EN LA VISITA EN CAMPO.
19	OBLIGACIÓN 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 ACTIVIDADES DESARROLLADAS: REPORTÉ LOS AGENDAMIENTOS DE LOS USUARIOS IDENTIFICADOS DE ALTO RIESGO O QUE REQUIERAN UNA ATENCÓN DE MANERA PRIORITARIO SEGÚN NECESIDAD. 19.2 PRODUCTOS (EVIDENCIAS): REALICÉ AGENDAMIENTO EN TIEMPO REAL SEGÚN CASO DE SALUD EVIDENCIADO POR CADA USUARIO TIPO 4, ASIMISMO, ENVÍO DE CITAS O AUTORIZACIONES PENDIENTES PARA SU RESPECTIVA GESTIÓN.
20	OBLIGACIÓN 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 ACTIVIDADES DESARROLLADAS: GARANTICÉ CUMPLIMIENTO CON LAS ACTIVIDADES REQUERIDAS DE MANERA OPORTUNA DEL PROGRAMA MÁS BIENESTAR SEGÚN BASE DE RUTEO. 20.2 PRODUCTOS (EVIDENCIAS): DÍ CUMPLIMIENTO CON LA META ESTABECIDA REALIZANDO ENTREGA DE TODAS LAS PLANILLAS DE FIRMA RECEPCIONADAS DURANTE LA CARACTERIZACIÓN DE SALUD DEL MES DE DICIEMBRE.

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° 9493362462	OPERADOR:	APORTES EN LINEA

CONCEPTO DEL PAGO	ENTIDAD	FECHA DE PAGO	VALOR PAGADO
SALUD:	COMPENSAR	2025/11/14	$ 178.000
PENSIÓN:	COLPENSIONES	2025/11/14	$ 227.800

RIESGOS LABORALES:	SEGUROS BOLIVAR	2025/11/14	$ 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	*GLADYS LORENY JAMIOY PEÑA* *PS_7482_2025_BE16C9* **GLADYS LORENY JAMIOY PEÑA** **CC: 1124855703**
FIRMA DE QUIEN VALIDA	*SANDRA YANNETH CONTRERAS PEÑALOSA* *PS_7482_2025_BE16C9* **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_7482_2025_BE16C9* **ANA MARGARET RABA SIERRA** **SUPERVISOR DEL CONTRATO**

aportes en línea

Resumen General de Pago

DATOS GENERALES DEL APORTANTE

Identificación	dv	Razon Social	Clase Aportante	Sucursal Principal	Direccion	Ciudad-Departamento	Teléfono	Exonerado SENA e ICBF
CC 1124855703		JAMIOY PEÑA GLADYS LORENY	INDEPENDIENTE	PRINCIPAL	KRA 88 H BIS # 41 33 SUR	BOGOTA-BOGOTA D.E.	5555555	No

DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION

Periodo		Clave		Tipo	Fecha		Pago		
Pensión	Salud	Pago	Planilla	Planilla	Limite	Pago	Banco	Dias Mora	Valor
2025-11	2025-11	1996083776	9494782251	I	2025/12/02	2025/12/10	BANCO DAVIVIENDA	8	$442,800

LIQUIDACION DETALLADA DE APORTES

EMPLEADO					PENSION		SALUD				CCF				RIESGOS				PARAFISCALES		
No.	Identificación	Nombres	Codigo	Días	IBC	Aporte	Codigo	Días	IBC	Aporte	Codigo	Días	IBC	Aporte	Codigo	Días	IBC	Aporte	Días	IBC	Aporte
Sucursal: PRINCIPAL (1 Afiliados)					$1,423,500	$227,800			$1,423,500	$178,000			$0	$0			$1,423,500	$34,700		$0	$0
Centro de Trabajo: PRINCIPAL (1 Afiliados)					$1,423,500	$227,800			$1,423,500	$178,000			$0	$0			$1,423,500	$34,700		$0	$0
Ciudad: BOGOTA Depto: BOGOTA D.E. (1 Afiliados)					$1,423,500	$227,800			$1,423,500	$178,000			$0	$0			$1,423,500	$34,700		$0	$0
1	CC	1124855703	JAMIOY GLADYS	25-14	30	$1,423,500	$227,800	EPS008	30	$1,423,500	$178,000		0	$0	$0	14-7	30	$1,423,500	$34,700	0	$0	$0
Total		**Afiliados(1)**				$1,423,500	$227,800			$1,423,500	$178,000			$0	$0			$1,423,500	$34,700		$0	$0

aportes en línea

Resumen General de Pago

DATOS GENERALES DEL APORTANTE

Identificación	dv	Razon Social	Clase Aportante	Sucursal Principal	Direccion	Ciudad-Departamento	Teléfono	Exonerado SENA e ICBF
CC 1124855703		JAMIOY PEÑA GLADYS LORENY	INDEPENDIENTE	PRINCIPAL	KRA 88 H BIS # 41 33 SUR	BOGOTA-BOGOTA D.E.	5555555	No

DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION

Periodo		Clave		Tipo	Fecha		Pago		
Pensión	Salud	Pago	Planilla	Planilla	Limite	Pago	Banco	Dias Mora	Valor
2025-11	2025-11	1996083776	9494782251	I	2025/12/02	2025/12/10	BANCO DAVIVIENDA	8	$442,800

RESUMEN DE PAGO

RIESGO	CODIGO	NIT	DV	AFILIADOS	VALOR LIQUIDADO	INTERESES MORA	SALDOS E INCAPACIDADES	VALOR A PAGAR
AFP (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$227,800	$1,200	$0	$229,000
COLPENSIONES	25-14	900,336,004	7	1	$227,800	$1,200	$0	$229,000
ARL (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$34,700	$200	$0	$34,900
SEGUROS BOLIVAR	14-7	860,002,503	2	1	$34,700	$200	$0	$34,900
EPS (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$178,000	$900	$0	$178,900
COMPENSAR	EPS008	860,066,942	7	1	$178,000	$900	$0	$178,900
TOTAL				**1**	**$440,500**	**$2,300**	**$0**	**$442,800**

Resumen General de Pago

DATOS GENERALES DEL APORTANTE

Identificación	dv	Razon Social	Clase Aportante	Sucursal Principal	Direccion	Ciudad-Departamento	Teléfono	Exonerado SENA e ICBF
CC 1124855703		JAMIOY PEÑA GLADYS LORENY	INDEPENDIENTE	PRINCIPAL	KRA 88 H BIS # 41 33 SUR	BOGOTA-BOGOTA D.E.	5555555	No

DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION

Periodo		Clave		Tipo	Fecha		Pago		
Pensión	Salud	Pago	Planilla	Planilla	Limite	Pago	Banco	Dias Mora	Valor
2025-11	2025-11	2002001802	9496353701	N	2025/12/02	2025/12/12	BANCO DAVIVIENDA	10	$14,000

LIQUIDACION DETALLADA DE APORTES

EMPLEADO					PENSION		SALUD				CCF				RIESGOS				PARAFISCALES		
No.	Identificación		Nombres	Codigo	Días	IBC	Aporte	Codigo	Días	IBC	Aporte	Codigo	Días	IBC	Aporte	Codigo	Días	IBC	Aporte	Días	IBC	Aporte
Sucursal: PRINCIPAL (1 Afiliados)						$44,220	$7,100			$44,220	$5,500			$0	$0			$44,220	$1,100		$0	$0
Centro de Trabajo: PRINCIPAL (1 Afiliados)						$44,220	$7,100			$44,220	$5,500			$0	$0			$44,220	$1,100		$0	$0
Ciudad: BOGOTA Depto: BOGOTA D.E. (1 Afiliados)						$44,220	$7,100			$44,220	$5,500			$0	$0			$44,220	$1,100		$0	$0
1	CC	1124855703	JAMIOY GLADYS	25-14	30	($1,423,500)	($227,800)	EPS008	30	($1,423,500)	($178,000)		0	$0	$0	14-7	30	($1,423,500)	($34,700)	0	$0	$0
2	CC	1124855703	JAMIOY GLADYS	25-14	30	$1,467,720	$234,900	EPS008	30	$1,467,720	$183,500		0	$0	$0	14-7	30	$1,467,720	$35,800	0	$0	$0
Total			**Afiliados(1)**			$44,220	$7,100			$44,220	$5,500			$0	$0			$44,220	$1,100		$0	$0

aportes en línea

Resumen General de Pago

DATOS GENERALES DEL APORTANTE

Identificación	dv	Razon Social	Clase Aportante	Sucursal Principal	Direccion	Ciudad-Departamento	Teléfono	Exonerado SENA e ICBF
CC 1124855703		JAMIOY PEÑA GLADYS LORENY	INDEPENDIENTE	PRINCIPAL	KRA 88 H BIS # 41 33 SUR	BOGOTA-BOGOTA D.E.	5555555	No

DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION

Periodo		Clave		Tipo	Fecha		Pago		
Pensión	Salud	Pago	Planilla	Planilla	Limite	Pago	Banco	Dias Mora	Valor
2025-11	2025-11	2002001802	9496353701	N	2025/12/02	2025/12/12	BANCO DAVIVIENDA	10	$14,000

RESUMEN DE PAGO

RIESGO	CODIGO	NIT	DV	AFILIADOS	VALOR LIQUIDADO	INTERESES MORA	SALDOS E INCAPACIDADES	VALOR A PAGAR
AFP (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$7,100	$100	$0	$7,200
COLPENSIONES	25-14	900,336,004	7	1	$7,100	$100	$0	$7,200
ARL (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$1,100	$100	$0	$1,200
SEGUROS BOLIVAR	14-7	860,002,503	2	1	$1,100	$100	$0	$1,200
EPS (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$5,500	$100	$0	$5,600
COMPENSAR	EPS008	860,066,942	7	1	$5,500	$100	$0	$5,600
TOTAL				1	$13,700	$300	$0	$14,000

BANCO DAVIVIENDA S.A.

CERTIFICA:

Que **GLADYS LORENY JAMIOY PENA**, quien se identifica con **Cédula de ciudadanía** No. **1124855703** y es titular de la cuenta terminada en ***9939** , realizó el siguiente pago a través de :

Fecha del pago	Valor	Destino	Factura - Referencia	Número de Autorización
12/12/2025	$ 14.000,00	APORTES EN LINEA	2002001802	02001802

Se expide en Bogotá, el 12-12-2025.

Atentamente,

BANCO DAVIVIENDA S.A.

Banco Davivienda S.A.

VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA

BANCO DAVIVIENDA S.A.

CERTIFICA:

Que **GLADYS LORENY JAMIOY PENA**, quien se identifica con **Cédula de ciudadanía** No. **1124855703** y es titular de la cuenta terminada en ***9939** , realizó el siguiente pago a través de :

Fecha del pago	Valor	Destino	Factura - Referencia	Número de Autorización
10/12/2025	$ 442.800,00	APORTES EN LINEA	1996083776	96083776

Se expide en Bogotá, el 11-12-2025.

Atentamente,

BANCO DAVIVIENDA S.A.

Banco Davivienda S.A.

VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA

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 < Eva

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
☐	PS_7482_2025_CUENTA_DE_COBRO_OCTUBRE_2025.pdf	PS_7482_2025_CUENTA_DE_COBRO_OCTUBRE_2025.pdf	Proveed
☐	PS_7482_2025_CUENTA_DE_COBRO_NOVIEMBRE_2025.pdf	PS_7482_2025_CUENTA_DE_COBRO_NOVIEMBRE_2025.pdf	Proveed

Cancelar < Eva