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: 5
FECHA: 2024-09-09

DATOS DEL CONTRATISTA					
FECHA DE DILIGENCIAMIENTO: (30-06-2025)					
NOMBRES Y APELLIDOS:	**VIVIANA PAOLA DEVIA FLOREZ**			**CC:**	**1022396647**
CORREO ELECTRÓNICO:	**DEVIA.SUBREDCO@GMAIL.COM**			**TELÉFONO:**	**3504596571**
DIRECCIÓN DOMICILIO:	**CL 2D 41 96**			**CIUDAD:**	**BOGOTA**
BANCO AL CUAL CONSIGNAR:	**BANCO DAVIVIENDA S.A.**	**TIPO DE CUENTA:**	**AHORROS**	**N° CUENTA:**	**476100091521**

DATOS DEL CONTRATO O ADICION Y PERIODO OBJETO DE PAGO						
Nº DEL CONTRATO:	**PS 5698 2025**	**N° CDP:**	**1581**	**N°. RP:**	**17329**	**PLAZO DEL CONTRATO INCLUIDAS PRORROGAS: DOS (2) MESES Y VEINTIDOS (22) DIAS**
FECHA DE INICIO CONTRATO	**2025/06/09**	**FECHA DE TERMINACIÓN CONTRATO:**		**2025/08/31**		
PERIODO OBJETO DE COBRO:	**DEL 2025/06/09 AL 2025/06/30**					
VALOR A PAGAR CORRESPONDIENTE AL PERIODO OBJETO DE COBRO	**$ 3.978.298**					

VIVIANA PAOLA DEVIA FLOREZ
PS_5698_2025_704E41-2025-06-17 19:00:49

NOMBRE Y FIRMA DEL CONTRATISTA:
VIVIANA PAOLA DEVIA FLOREZ
CC: 1022396647
CEL: 3504596571

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			
VIVIANA PAOLA DEVIA FLOREZ			
	CON C.C N°	**1.022.396.647**	
OBJETO DEL CONTRATO:	PRESTAR SERVICIOS PROFESIONALES COMO ENFERMERO (A) PARA DESARROLLAR ACTIVIDADES EN LA DIRECCI?N DE SERVICIOS AMBULATORIOS DE LA SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS EN SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E. - CONVENIO EBS DE MINISTERIO DE SALUD Y PROTECCION SOCIAL SEG?N RESOLUCION 1499 26-08-2024		
CONTRATO DE PRESTACION DE SERVICIOS PROFESIONALES No.	**PS 5698 2025**	**FECHA INICIO CONTRATO**	**2025/06/09**
VALOR INICIAL DEL CONTRATO	$ 16.400.153	**No. HORAS EJECUTADAS**	**122**
VALOR TOTAL DEL CONTRATO INCLUIDO ADICIONES:	$ 16.400.153	**VALOR DE HONORARIOS PERÍODO A CERTIFICAR:**	$ 3.978.298
PLAZO DEL CONTRATO INCLUYENDO PRORROGAS	DOS (2) MESES Y VEINTIDOS (22) DIAS		
UNIDAD FUNCIONAL DE EJECUCIÓN DE ACTIVIDADES:	HOSPITAL SANTA CLARA		
NOMBRE DEL SUPERVISOR:	BERTHA SOFIA DIAZ QUEVEDO		

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. Elaborar y concertar, el plan de cuidado por integrante del hogar. 2. Entregar al grupo de gestión familiar el reporte de las atenciones realizadas por los profesionales en la herramienta prevista para tal fin. 3. Registrar información en la base de datos de atenciones en salud definida por la Subred y diligenciar el Plan de cuidado individual con las recomendaciones definidas según los hallazgos y la concertación. 4. En caso de identificar eventos de interés en salud pública, realizar la notificación al subsistema correspondiente y notificar al Gestor familiar y/o su equipo de apoyo. 5. Identificar los principales cambios en el desarrollo. 6. Identificar oportunamente factores de riesgo con el fin de prevenirlos o derivarlos para su manejo oportuno. 7. Identificar y potenciar capacidades, habilidades y prácticas para promover el cuidado de la salud. 8. Cuando se requiera comunicación telefónicamente con especialistas de la Subred, quienes realizarán una teleasistencia para fortalecer la resolutividad de los profesionales en campo. 9. Establecer la prioridad de la familia: Alta, Media o Baja, según las condiciones clínicas de cada uno de los integrantes. 10. En caso de que la familia reporte que alguno de sus integrantes pertenece a población priorizada como mujeres gestantes, niños menores de cinco (5) años, personas con enfermedades crónicas, adultos mayores, personas en condición de discapacidad o dependencia, y sus cuidadores, se debe programar una nueva visita en donde el usuario este presente y reciba la atención en salud por parte del equipo. 11. Verificar para todos los usuarios valorados en el Hogar que hayan acudido a todas las atenciones definidas en el curso de vida por la Resolución 3280 de 2018 en el caso contrario, ordenar o canalizar. 12. En caso de identificar población sin aseguramiento que cumpla los criterios para afiliación por oficios debe remitir la información al grupo familiar para la gestión de la afiliación de oficio a través del Sistema de Afiliación Transaccional (SAT). 13 Entregar al grupo de gestión familiar el reporte de las atenciones realizadas por los profesionales en la herramienta prevista para tal fin. 14. En caso de encontrar una emergencia en cualquiera de sus visitas, los integrantes del Grupo Base asistirán a quien lo necesite y/o solicitarán apoyo al Centro Regulador de Urgencias y Emergencias - CRUE de la Secretaría Distrital de Salud para remitir a la persona a una Institución Prestadora de Salud IPS que pueda atenderlo. 15. Realizar Canalización SIRC (para usuarios de otras EAPB que no tienen contrato vigente con la Subred). 16. Realizar valoraciones Integrales en Jornadas de Salud. 17.Realizar detección temprana de alteraciones, formulación y educación en salud. 18. Asistir a comités de salud. 19. Productos a entregar por el profesional que realiza la intervención: Historia clínica establecida en la SISS, diligenciada, Ordenes médicas (en el caso de que el usuario pertenezca a PNA, capital salud u EAPB que tenga contrato vigente con la Subred), Canalización SIRC (para usuarios de otras EAPB que no tienen contrato vigente con la Subred), Base

de datos definida
para el convenio, Ficha de Notificación según evento de interés en salud publica identificado y Plan de cuidado familiar. 20. Realizar demás actividades relacionadas
con el objeto contractual que asigne el supervisor del contrato bajo el CONVENIO DE EBS DE MINISTERIO DE SALUD Y PROTECCION SOCIAL según resolución
1499 26-08-2024.

1	

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 (2025-06-09) AL (2025-06-30)

IV. INFORMACIÓN DE APORTES A SEGURIDAD SOCIAL

No. DE PLANILLA:	N° 87471089	OPERADOR:	MI PLANILLA
CONCEPTO DEL PAGO	ENTIDAD	FECHA DE PAGO	VALOR PAGADO

SALUD:	COMPENSAR	2025/06/17	$ 178.000
PENSIÓN:	COLPENSIONES	2025/06/17	$ 227.800
RIESGOS LABORALES:	SEGUROS BOLIVAR	2025/06/17	$ 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	*VIVIANA PAOLA DEVIA FLOREZ* *PS_5698_2025_704E41-2025-06-17 19:00:49* **VIVIANA PAOLA DEVIA FLOREZ** **CC: 1022396647**
FIRMA DE QUIEN CONVALIDA EL CUMPLIMIENTO DE LAS OBLIGACIONES PARA EL PRESENTE PERIODO DE PAGO	*BERTHA SOFIA DIAZ QUEVEDO* *PS_5698_2025_704E41-2025-06-18 01:18:54* **BERTHA SOFIA DIAZ QUEVEDO** **SUPERVISOR DEL CONTRATO**