**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: (31-01-2026)** | | | | | |
| **NOMBRES Y APELLIDOS:** | **GINA MARCELA GONZALEZ RAMOS** | | | **CC:** | **52544687** |
| **CORREO ELECTRÓNICO:** | **GINNAGONZALEZ09@GMAIL.COM** | | | **TELÉFONO:** | **3124014335** |
| **DIRECCIÓN DOMICILIO:** | **KR 100 A 73 24** | | | **CIUDAD:** | **BOGOTA** |
| **BANCO AL CUAL CONSIGNAR:** | **BANCO DAVIVIENDA S.A.** | **TIPO DE CUENTA:** | **AHORROS** | **N° CUENTA:** | **004870493170** |
| **DATOS DEL CONTRATO O ADICION Y PERIODO OBJETO DE PAGO** | | | | | |
| **Nº DEL CONTRATO:** | **PS 2435 2025** | **VALOR CORRESPONDIENTE AL PERIODO OBJETO DE COBRO** | | | **$ 1.859.580** |
| **FECHA DE INICIO CONTRATO** | **2025/01/01** | **FECHA DE TERMINACIÓN CONTRATO:** | | | **2026/01/31** |
| **PERIODO OBJETO DE COBRO:** | **DEL 2026/01/01 AL 2026/01/31** | | | | |

*GINA MARCELA GONZALEZ RAMOS*
*PS_2435_2025_134830*

**NOMBRE Y FIRMA DEL CONTRATISTA:**
**GINA MARCELA GONZALEZ RAMOS**
**CC: 52544687**
**CEL: 3124014335**

| | | |
|---|---|---|
| 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**<br>**APOYO - GESTION DE CONTRATACIÓN**<br>**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<br>**VERSIÓN:** 2<br>**FECHA:** 2025-06-09 |

| | | | |
|---|---|---|---|
| **CELEBRADO ENTRE LA SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E Y** | | | |
| **GINA MARCELA GONZALEZ RAMOS** | | | |
| **CON C.C N°** | **52.544.687** | | |
| **OBJETO DEL CONTRATO:** | PRESTAR SERVICIOS TECNICOS COMO AUXILIAR ENFERMERIA PARA DESARROLLAR ACTIVIDADES EN LA DIRECCION DE SERVICIOS AMBULATORIOS DE LA SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS EN SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E. | | |
| **CONTRATO DE PRESTACION DE SERVICIOS PROFESIONALES No.** | **PS 2435 2025** | **FECHA INICIO CONTRATO** | **2025/01/01** |
| **VALOR INICIAL DEL CONTRATO** | $ 9.091.280 | **No. HORAS EJECUTADAS** | **180** |
| **VALOR TOTAL DEL CONTRATO INCLUIDO ADICIONES:** | $ 29.212.624 | **VALOR DE HONORARIOS PERÍODO A CERTIFICAR:** | $ 1.859.580 |
| **PLAZO DEL CONTRATO INCLUYENDO PRORROGAS** | TRECE (13) MESES | | |
| **UNIDAD FUNCIONAL DE EJECUCIÓN DE ACTIVIDADES:** | HOSPITAL MATERNO INFANTIL | | |
| **NOMBRE DEL SUPERVISOR:** | DIANA ISABEL MORA MORALES | | |

| **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 | Realizar durante la consulta de pediatra talla, peso y toma de medidas antropométricas de los niños agendados. |
| 2 | Asignación de citas de pediatría, psicología, nutrición, terapia física, terapia ocupacional y terapia de lenguaje |
| 3 | Entregar contra el RIPS al Archivo las Historias clínicas en los horarios Establecidos (en caso de contingencia). |
| 4 | Organizar y mantener papelería suficiente correspondiente a los formatos utilizados en el servicio. |
| 5 | Alistar los equipos necesarios para la consulta, |
| 6 | Revisar las fechas de vencimiento de los insumos. |
| 7 | Realizar Limpieza y desinfección recurrente a diario; de camilla, báscula, Infantometro y cinta métrica entre pacientes y al finalizar la jornada. |
| 8 | Realización de aseo Terminal según protocolo de limpieza y desinfección de los consultorios 20 y 21. |
| 9 | Realizar aseo terminal de consultorios 20 y 21 semanalmente. (Los viernes). |
| 10 | Realizar inventario de consultorio, insumos y equipos. |
| 11 | Realizar informes según solicitud de su jefe directo y/o jefe del Programa correspondientes a las actividades de PyD: Consulta de Canguros a las instancias correspondientes. |
| 12 | Alimentar diariamente la base de datos de seguimiento canguro, adherencia al Programa Canguro, diario de campo. (FORMATOS DRIVE). El archivo drive de adherencia al Programa Canguro se diligencia a diario en conjunto con terapeutas y psicóloga del Programa; para seguimiento por parte de trabajo social, quien a su vez realiza reporte a EAPB. |

| | |
|---|---|
| 13 | Consignar en Historia Clínica los seguimientos realizados a pacientes inasistentes, perdidos, que cancelan citas o reportan novedades significativas en la historia clínica HCSCAN, |
| 14 | Solicitar a diario a funcionario de facturación la creación de un ingreso en ceros a nombre de quien realiza el seguimiento para diligenciamiento respectivo. |
| 15 | Realizar pedido de insumos y papelería mensual, los días 15 de cada mes, según necesidad del servicio con visto bueno del jefe del servicio. |
| 16 | Realizar seguimiento telefónico a los usuarios a diario se deben realizar seguimientos telefónicos de recordatorio de citas, para confirmar asistencia y conocer estado de salud del usuario asignado, en caso de contar con solicitud de cancelación o reprogramación de las mismas se debe garantizar nueva asignación de cita consignándolo en HCSCAN. |
| 17 | Cumplir con los protocolos y guías establecidos por la institución. |
| 18 | Conocer el lineamiento del Programa canguro emitido por el Ministerio de Salud en el año 2017. |
| 19 | Orientar e informar a los usuarios del Programa Canguro según corresponda. 20. Manejar residuos y material de acuerdo a las normas de Bioseguridad. |
| 20 | Manejar residuos y material de acuerdo a las normas de Bioseguridad. |
| 21 | Revisar agendas creadas en el sistema de las especialidades de pediatría, psicología, terapia física, terapia ocupacional, terapia de lenguaje y nutrición (se realiza revisión con las jornadas enviadas por los pediatras del programa para verificación de la creación de la agenda). |
| 22 | Asignar citas de dichas especialidades con previa verificación en Adres de afiliación a EAPB en estado activo. (El programa canguro atiende población de Capital Salud subsidiado y contributivo no requieren autorización, Coosalud subsidiado (la autorización la realiza facturación) y Asmet Salud (se solicita con paquete de autorización por fases). |
| 23 | Las citas de terapias son asignadas por atención al usuario, excepto casos especiales. |
| 24 | Realizar monitoria y seguimiento de las agendas de pediatría, terapias y nutrición para su agendamiento completo y en caso de tener espacios en blanco se debe realizar consecución de pacientes y realizar su agendamiento para cumplir el 100% de asignación. |
| 25 | Realizar recordatorio telefónico día previo a citas asignadas, en caso de fin de semana el día viernes se realiza seguimiento de agenda del lunes. Este se debe realizar, a las agendas de pediatría, psicología y nutrición. |
| 26 | Durante la jornada de consulta se debe realizar llamado telefónico de los pacientes que tiene cita asignada para nuevamente confirmar su asistencia, en caso tal que no asistan se asigna con otro paciente que llegue a terapias, piscología y/o consulta con enfermería para minimizar el indicador de inasistencia. |
| 27 | Alistar consultorio para atención de pediatría y enfermería con RIPS, elementos de protección personal, formatos del Programa Canguro: Formato control de peso Programa Madre Canguro MI-YV-FT-196 y Formato control de saturación de oxigeno Programa Canguro ambulatorio MI-TV-FT-193. |
| 28 | Realizar búsqueda activa de pacientes con cumplimiento de criterios de ingreso al Programa Canguro en los servicios de hospitalización (sala de partos, alojamiento conjunto, unidad de recién nacidos, cuidados intermedios y críticos neonatales). |

| | |
|---|---|
| 29 | Responder interconsultas según necesidad en caso tal que la jefe presente alguna novedad y no lo pueda realizar. |
| 30 | Realizar talleres educativos para entrenamiento en cuidados del bebé canguro en casa |
| 31 | Realizar diligenciamiento del formato MI-TV-FT-197, acta canguro o formato de asistencia a capacitación en el formato MI- TV-FT-195 |
| 32 | Realizar acompañamientos en procesos de educación y evaluación de usuarios asistentes al Programa. (El examen educativo realizado a usuarios no se encuentra incluido en Almera se actualiza constantemente). |
| 33 | Mantener comunicación con grupo de gestión el riesgo, cohorte de infancia y adolescencia para dar continuidad a RIAS. |
| 34 | Realizar acompañamiento al servicio de urgencias de pediatría, garantizando ingreso por jefe de Triage y/o pediatra de turno. |
| 35 | Registrar y llevar control de saturación teniendo en cuenta protocolo de Oxigeno y carpeta de registro de Oximetría DT-FT-090 y MI-TV-FT-204. |
| 36 | dosis en especial los niños pendientes de BCG y Palivizumab.<br><br>Informar al pediatra durante la consulta cambios objetivos y subjetivos evidenciados durante la estadía de los |
| 37 | Informar al pediatra durante la consulta cambios objetivos y subjetivos evidenciados durante la estadía de los canguros durante la estancia en las consulta |
| 38 | Tramitar citas correspondientes a las fases que se realicen dentro de la Subred (Santa Clara, Jorge Eliecer Gaitán, San Blas, y CAPS) |
| 39 | Dar cumplimiento a las actividades designadas por jefe y/o pediatra del Programa en cuanto a las necesidades de atención de los niños canguros. |
| 40 | Mantener confidencialidad de los casos en el programa canguro así como las acciones realizadas en el programa. |

**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 (2026-01-01) AL (2026-01-31)

IV. INFORMACIÓN DE APORTES A SEGURIDAD SOCIAL

| | | | |
|---|---|---|---|
| No. DE PLANILLA: | N° 1078557144 | OPERADOR: | SIMPLE |

| CONCEPTO DEL PAGO | ENTIDAD | FECHA DE PAGO | VALOR PAGADO |
|---|---|---|---|
| SALUD: | SALUD TOTAL | 2026/01/06 | $ 178.000 |
| PENSIÓN: | PORVENIR | 2026/01/06 | $ 227.800 |
| RIESGOS LABORALES: | SURA | 2026/01/06 | $ 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** | *GINA MARCELA GONZALEZ RAMOS*<br>*PS_2435_2025_134830*<br>**GINA MARCELA GONZALEZ RAMOS**<br>**CC: 52544687** |
| **FIRMA DE QUIEN CONVALIDA EL CUMPLIMIENTO DE LAS OBLIGACIONES PARA EL PRESENTE PERIODO DE PAGO** | *DIANA ISABEL MORA MORALES*<br>*PS_2435_2025_134830*<br>**DIANA ISABEL MORA MORALES**<br>**SUPERVISOR DEL CONTRATO** |