**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:** | **YEIMY CATHERINE MENDEZ PEREZ** | | | **CC:** | **1031165776** |
| **CORREO ELECTRÓNICO:** | **CATHERINEMENDEZP96@GMAIL.COM** | | | **TELÉFONO:** | **3125014425** |
| **DIRECCIÓN DOMICILIO:** | **TV 5 G 48 B 40 SUR** | | | **CIUDAD:** | **BOGOTA** |
| **BANCO AL CUAL CONSIGNAR:** | **BANCOLOMBIA** | **TIPO DE CUENTA:** | **AHORROS** | **N° CUENTA:** | **66719231854** |
| **DATOS DEL CONTRATO O ADICION Y PERIODO OBJETO DE PAGO** | | | | | |
| **Nº DEL CONTRATO:** | **PS 1510 2025** | **VALOR CORRESPONDIENTE AL PERIODO OBJETO DE COBRO** | | | **$ 3.822.144** |
| **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** | | | | |

*YEIMY CATHERINE MENDEZ PEREZ*
*PS_1510_2025_2EA341*

**NOMBRE Y FIRMA DEL CONTRATISTA:**
**YEIMY CATHERINE MENDEZ PEREZ**
**CC: 1031165776**
**CEL: 3125014425**

| | | |
|---|---|---|
| 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** | | | |
| **YEIMY CATHERINE MENDEZ PEREZ** | | | |
| | **CON C.C N°** | **1.031.165.776** | |
| **OBJETO DEL CONTRATO:** | PRESTAR SERVICIOS PROFESIONALES COMO TRABAJADOR SOCIAL PARA DESARROLLAR ACTIVIDADES EN LA OFICINA DE PARTICIPACION COMUNITARIA Y SERVICIO AL CIUDADANO DE LA SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E. | | |
| **CONTRATO DE PRESTACION DE SERVICIOS PROFESIONALES No.** | **PS 1510 2025** | **FECHA INICIO CONTRATO** | **2025/01/01** |
| **VALOR INICIAL DEL CONTRATO** | $ 14.838.912 | **No. HORAS EJECUTADAS** | **204** |
| **VALOR TOTAL DEL CONTRATO INCLUIDO ADICIONES:** | $ 52.385.856 | **VALOR DE HONORARIOS PERÍODO A CERTIFICAR:** | $ 3.822.144 |
| **PLAZO DEL CONTRATO INCLUYENDO PRORROGAS** | TRECE (13) MESES | | |
| **UNIDAD FUNCIONAL DE EJECUCIÓN DE ACTIVIDADES:** | HOSPITAL SANTA CLARA | | |
| **NOMBRE DEL SUPERVISOR:** | ZULMA JANNETH LÓPEZ CUBIDES | | |

| ITEM | II. ACTIVIDADES REALIZADAS EN EL PERIODO, DE ACUERDO CON EL OBJETO Y LAS OBLIGACIONES ESTABLECIDAS EN EL CONTRATO<br>(Deben ser coherentes con las obligaciones específicas del contrato realizadas durante el mes) |
|---|---|
| 1 | Ejecute 67 acciones de orientación y aclaración de támites administrativos ante la EPS/IPS, facilitando el direccionamiento de los usuarios para la recepción de la atención medica sin barreras administrativas |
| 2 | Siministré y actualicé de manera oportuna la información en base de datos isntitucional, garanizando el seguimiento sistemático de la población vulnerable y el registro detallado de 45 estudios sociales de caso adelantados durante el periodo |
| 3 | Realice senso diario en los servicios asignados, logrando la identifiación oportuna de pacientes en condición de vulnerabilidad, riesgo social o abandono |
| 4 | Coordine 7 traslados en vehiculo institucional de niños, niñas y adolecentes para restablecimietno de derechos requerida articulando acciones con los entes competentes tales como: instituto Colombiano de bienestar familiar (ICBF), comisarias, registradurias, policia nacional y/o de infacia y adolescencia |
| 5 | Gestioné y tramité de manera oportuna 1 solicitud de xigeno domiciliario para los usuarios que contaban con diágnostico y autorización médica, asegurando la continuidad del tratamiento respiratorio y facilitando el procecso de egreso hospitalario |
| 6 | Adelnate 11 tramies administrativos para la atención de pacientes habitantes de calle no cerrtificados, paciente indocumentados yestranjeros segun la particularidad del caso |
| 7 | Realicé el cargue de 25 resgistros en el aplicativo "SI Cuéntanos Bogotá" conforme las barreras de acceso identificadas |
| 8 | Realice 25 seguimientos y acompañamietnos a pacientes con barreras administrativas derivadas de su afiliación en otrosmunicipios, brindando la orientación necesaria para normalizar su estado prestacional y asegurar al acontinuidad de su atención prenatal en la Subred |
| 9 | Realice 75 consultas sociales de los apcientes remitidos por el área medica, efectuando la valoración integral de sus determinantes sociales para aportar una visión interdisciplinaria al plan de tratamiento isntitucional |
| 10 | Asisti y cumpli con el plan de cursos establecidos por la Subred Centro Oriente, logrando el desarrollo de nuevas competencias profeisonales para la optimización de los procesos del área de Trabajo Social |
| 11 | Efectue 60 entrevistas sociales para verificar redes de apoyo y aseguramiento, notificando los casos a los entes competentes y gestionando la ubicaicón de pacientes en abandono ante la Secretaria Distrital de Integarción Social; todas las intervenciones fueron debidamente evolucionadas y soportadas en la hisotria clinica |
| 12 | Asisti y participe en espacios de fortalecimiento convocados por la oficina de Particupacion Comunitaria y Servicio al Ciudadano, cntribuyendo a la artoculación entre la Subred y la comunidad para mejora continua de la prestación de los servicios |
| 13 | Diligencie 2 fichas SIVIM correspondientes y gestioné los procesos d eidentifiación de pacientes fallecidos en las diversas USS de la Subred Cnetro Oriente, garantizando el cumplimiento de los protocolos legales vigentes |
| 14 | Ejecuté 50 acciones de orietación y aclaración de trámietes administrativos ante la EPS/IPS, facilitando el direccionamiento de los usuarios para la recepción de atención médica sin barreras administrativas |
| 15 | Garanticé la reserva y confidencialidad de datos e información de los diferentes aplicativos isntiitucionales |
| 16 | Cumplí con las obligaciones de acerdo con la demanda y tispos requeridos según neceidades del servicio en los Centros de Salud y hospitales que conforman la Sub Red Integrada De Serivicios De Salud Centro Oriente E.S.E |
| 17 | Porte visiblemente los elementos isntitucionales y mantuve una adecuada presentación personal dando cumplimiento a los manuales y procedimientos de la oficina y de ls sub Red Integrada de Servicios de Salud Centro Oriente E.S.E |
| 18 | Cumplí con las demás obligaciones que fueron asignadas en la realización del objeto contractual e indicadas por el supervisor de acuerdo a las necesidades de los servicios en las diferentes unidades de la sub red |

**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° 275714 | OPERADOR: | MI PLANILLA |

| CONCEPTO DEL PAGO | ENTIDAD | FECHA DE PAGO | VALOR PAGADO |
|---|---|---|---|
| SALUD: | SURA | 2026/01/19 | $ 191.200 |
| PENSIÓN: | PROTECCION | 2026/01/19 | $ 244.700 |
| RIESGOS LABORALES: | SURA | 2026/01/19 | $ 37.300 |
| OTRO | | | |
| TOTAL PAGADO | | | $ 473.200 |

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** | *YEIMY CATHERINE MENDEZ PEREZ*<br>*PS_1510_2025_2EA341*<br>**YEIMY CATHERINE MENDEZ PEREZ**<br>**CC: 1031165776** |
| **FIRMA DE QUIEN VALIDA** | *WILSON ENRIQUE MORENO GARZÓN*<br>*PS_1510_2025_2EA341*<br>**WILSON ENRIQUE MORENO GARZÓN**<br>**SUPERVISOR ALTERNO** |
| **FIRMA DE QUIEN CONVALIDA EL CUMPLIMIENTO DE LAS OBLIGACIONES PARA EL PRESENTE PERIODO DE PAGO** | *ZULMA JANNETH LÓPEZ CUBIDES*<br>*PS_1510_2025_2EA341*<br>**ZULMA JANNETH LÓPEZ CUBIDES**<br>**SUPERVISOR DEL CONTRATO** |