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:	**LEIDY CAROLINA BERNAL SANCHEZ**			**CC:**	**1023893122**
CORREO ELECTRÓNICO:	**LAKARO0505@GMAIL.COM**			**TELÉFONO:**	**3177750829**
DIRECCIÓN DOMICILIO:	**CL 7 SUR 6 54 TO 2 AP 201**			**CIUDAD:**	**BOGOTA**
BANCO AL CUAL CONSIGNAR:	**BANCO DAVIVIENDA S.A.**	**TIPO DE CUENTA:**	**AHORROS**	**N° CUENTA:**	**004870414341**
DATOS DEL CONTRATO O ADICION Y PERIODO OBJETO DE PAGO					
Nº DEL CONTRATO:	**PS 7110 2025**	**VALOR CORRESPONDIENTE AL PERIODO OBJETO DE COBRO**			**$ 815.300**
FECHA DE INICIO CONTRATO	**2025/10/01**	**FECHA DE TERMINACIÓN CONTRATO:**			**2026/05/31**
PERIODO OBJETO DE COBRO:	**DEL 2025/12/01 AL 2025/12/31**				

LEIDY CAROLINA BERNAL SANCHEZ
PS_7110_2025_44A620

NOMBRE Y FIRMA DEL CONTRATISTA:
LEIDY CAROLINA BERNAL SANCHEZ
CC: 1023893122
CEL: 3177750829

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			
LEIDY CAROLINA BERNAL SANCHEZ			
	CON C.C N°	**1.023.893.122**	
OBJETO DEL CONTRATO:	PRESTAR SERVICIOS PROFESIONALES EN ENFERMERIA PARA DESARROLLAR ACTIVIDADES EN EL PLAN DE SALUD PUBLICA DE INTERVENCIONES COLECTIVAS DE LA SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E		
CONTRATO DE PRESTACION DE SERVICIOS PROFESIONALES No.	**PS 7110 2025**	**FECHA INICIO CONTRATO**	**2025/10/01**
VALOR INICIAL DEL CONTRATO	$ 4.195.200	**No. HORAS EJECUTADAS**	**31**
VALOR TOTAL DEL CONTRATO INCLUIDO ADICIONES:	$ 41.818.000	**VALOR DE HONORARIOS PERÍODO A CERTIFICAR:**	$ 815.300
PLAZO DEL CONTRATO INCLUYENDO PRORROGAS	OCHO (8) MESES		
UNIDAD FUNCIONAL DE EJECUCIÓN DE ACTIVIDADES:	CENTRO DE SALUD PRIMERO DE MAYO		
NOMBRE DEL SUPERVISOR:	LUZ ADRIANA CASTAÑEDA MONTEALEGRE		

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	1. obligacion 1: Prestar sus servicios con calidad y oportunidad, para el desarrollo de las actividades del Plan de Intervenciones Colectivas en el Distrito Capital según convenio PSPIC vigente y suscrito entre el FDS y la Subred 1.1 actividades desarrolladas Se presentan las actividades según lineamiento requerido, 1.2 productos (evidencias) se realizan actas con las actividades realizadas
2	2. obligación 2: Presentar mensualmente el cronograma de actividades a desarrollar 2.1 actividades desarrolladas Presentar mensualmente el cronograma de actividades a desarrollar. 2.2 productos (evidencias) se envia cronograma el ultimo día del mes al correo ambitoipssanctistobal@gmail.com
3	3. obligación 3: Apoyar la prestación de servicios en el Plan de Intervenciones Colectivas, presentando la información y/o soportes que se solicite conforme a los anexos y lineamientos técnicos del convenio PSPIC vigente y suscrito entre el FDS y la Subred 3.1 actividades desarrolladas: Se hace revisión de lineamientos y caja de herramientas 3.2 productos (evidencias) realización de acta de lectura de lineamientos.
4	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:Cada una de las acciones realizadas se registran en los formatos establecidos por la sds y por la subred 4.2 productos (evidencias): se realiza acta en formato enviado por la sds
5	5. obligación 5: Cumplir con la meta, actividades y/o productos programados y asignados con la calidad del dato requerida (oportunidad, consistencia, exactitud) desde su perfil profesional y conforme a los anexos y lineamientos técnicos que hagan parte de la relación contractual entre el FDS y la Subred 5.1 actividades desarrolladas: Se elaboran informes de acuerdo a lo establecido por la sds y se entregan en los tiempos establecidos para tal fin 5.2 productos (evidencias): se hace envio de informes en las fechas estipuladas por la sds
6	6. . obligacion 6:Realizar apropiación conceptual desde su perfil con los anexos y lineamientos técnicos del convenio PSPIC vigente y suscrito entre el FDS y la Subred 6.1actividades desarrolladas: Realizar lectura de lineamientos y apropiación de acuerdo a lo establecido 6.2 productos (evidencias): realización de actas de lectura y apropiacion de lineamientos
7	7. obligación 7: Realizar revisión y responder por los formatos de captura, documentos, bases o informes generados como resultado de las acciones o intervenciones realizadas de acuerdo a los lineamientos técnicos de los entornos y procesos transversales del convenio Interadministrativo PSPIC 7.1actividades desarrolladas: Se revisa calidad del dato, diligenciamiento de base de dx, entrega de informes de acuerdo a requerimiento, verificación de carpetas y tarjetas de pacientes 7.2 productos (evidencias):envio de correos y cargue de información al drive
8	8. Obligación 8: Notificar los eventos de interés en salud pública detectados en cada una de sus intervenciones 8.1actividades desarrolladas: Reportar a través de las canalizaciones los contactos para valoración de dx y descarte de enfermedades transmisibles y otras medio 8.2 productos (evidencias):diligenciar formato enviado desde sds
9	9 Obligación 9: Organizar el archivo de la documentación generada de acuerdo a la normatividad y tabla de retención documentación generada de acuerdo a la normatividad y tabla de retención documental 9.1actividades desarrolladas Organizar el archivo de la documentación generada de acuerdo a la normatividad y tabla de retención documental. 9.1productos (evidencias): se entregan las carpetas debidamente marcadas y el archivo digital de acuerdo a las trd

10	10. Obligación 10: Dar cumplimiento a las actividades de los procesos TRANSVERSALES del PSPIC, de acuerdo a su competencia: CANALIZACIONES, PAI, Educación para la Salud Publica, GESI, ACCVSyE, Notificación de EISP y Participación Social 10.1actividades desarrolladas Realizar canalizaciones según a eventos de salud publica 10.2 productos (evidencias): diligenciar formato según necesidad de los usuarios
11	11 Obligación 11: El contratista se obliga a que las glosas que se generen por incumplimiento de las obligaciones contractuales y de acuerdo a los hallazgos que identifique el equipo de seguimiento y/o interventoría del FFDS_SDS al Convenio Interadministrativo PSPIC (conforme al anexo de CRITERIOS DE GLOSA), serán causal de inicio de apertura de procedimiento administrativo sancionatorio de incumplimiento contractual 11.1actividades desarrolladas :Se cumplirá el 100% con las actividades propuestas en el lineamiento con el fin de que no generen ningún hallazgo 11. 2productos (evidencias): actas,bases de datos y soportes requeridos
12	12 Obligación 12: Realizar las demás obligaciones que se relacionen con el objeto del contrato y que sean requeridas por la supervisión. Contenidas en el formato de necesidad de personal que hace parte integral del presente contrato 12.1actividades desarrolladas Realizar a cabalidad las acciones solicitadas según el lineamiento 12.2 productos (evidencias): solicitudes recibidas por correo para realizar.

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° 9495046489	OPERADOR:	APORTES EN LINEA

CONCEPTO DEL PAGO	ENTIDAD	FECHA DE PAGO	VALOR PAGADO
SALUD:	NUEVA EPS	2025/12/04	$ 250.600
PENSIÓN:	COLPENSIONES	2025/12/04	$ 320.700
RIESGOS LABORALES:	SEGUROS BOLIVAR	2025/12/04	$ 48.900
OTRO			
TOTAL PAGADO			$ 620.200

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	*LEIDY CAROLINA BERNAL SANCHEZ* *PS_7110_2025_44A620* **LEIDY CAROLINA BERNAL SANCHEZ** **CC: 1023893122**

FIRMA DE QUIEN CONVALIDA EL CUMPLIMIENTO DE LAS OBLIGACIONES PARA EL PRESENTE PERIODO DE PAGO	 *LUZ ADRIANA CASTAÑEDA MONTEALEGRE* *PS_7110_2025_44A620* **LUZ ADRIANA CASTAÑEDA MONTEALEGRE** **SUPERVISOR DEL CONTRATO**