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: (31-03-2026)					
NOMBRES Y APELLIDOS:	**SINDI MALLERLY GONZALEZ PINEDA**			**CC:**	**1016082675**
CORREO ELECTRÓNICO:	**MALLERLYGONZALEZPINEDA@GMAIL.COM**			**TELÉFONO:**	**3219998619**
DIRECCIÓN DOMICILIO:	**KR 123 14B 70**			**CIUDAD:**	**BOGOTA**
BANCO AL CUAL CONSIGNAR:	**BANCO DAVIVIENDA S.A.**	**TIPO DE CUENTA:**	**AHORROS**	**N° CUENTA:**	**004800420954**
DATOS DEL CONTRATO O ADICION Y PERIODO OBJETO DE PAGO					
Nº DEL CONTRATO:	**PS 7409 2025**	**VALOR CORRESPONDIENTE AL PERIODO OBJETO DE COBRO**			**$ 2.332.800**
FECHA DE INICIO CONTRATO	**2025/10/07**	**FECHA DE TERMINACIÓN CONTRATO:**			**2026/03/31**
PERIODO OBJETO DE COBRO:	**DEL 2026/03/01 AL 2026/03/31**				

SINDI MALLERLY GONZALEZ PINEDA
PS_7409_2025_641D3D

NOMBRE Y FIRMA DEL CONTRATISTA:
SINDI MALLERLY GONZALEZ PINEDA
CC: 1016082675
CEL: 3219998619

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			
SINDI MALLERLY GONZALEZ PINEDA			
	CON C.C N°	**1.016.082.675**	
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 7409 2025**	**FECHA INICIO CONTRATO**	**2025/10/07**
VALOR INICIAL DEL CONTRATO	$ 2.484.000	**No. HORAS EJECUTADAS**	**144**
VALOR TOTAL DEL CONTRATO INCLUIDO ADICIONES:	$ 21.972.600	**VALOR DE HONORARIOS PERÍODO A CERTIFICAR:**	$ 2.332.800
PLAZO DEL CONTRATO INCLUYENDO PRORROGAS	SEIS (6) MESES		
UNIDAD FUNCIONAL DE EJECUCIÓN DE ACTIVIDADES:	CENTRO DE SALUD PRIMERO DE MAYO		
NOMBRE DEL SUPERVISOR:	HAROLD ROLANDO DELGADO GÓMEZ		

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. OBLIGACIÓN PRESTAR SUS SERVICIOS CON CALIDAD Y OPORTUNIDAD, PARA EL DESARROLLO DE LAS ACTIVIDADES DEL CONVENIO MÁS BIENESTAR EQUIPOS BÁSICOS EXTRAMURALES, SUSCRITO ENTRE EL FONDO FINANCIERO DISTRITAL Y LA SUBRED.1.1 Actividades desarrolladas Ejecuté intervenciones extramurales garantizando la aplicación de protocolos y normativas vigentes, asegurando oportunidad en la atención y adecuada interacción con la comunidad.1.2 Productos (evidencias) Registro validado de intervenciones realizadas en los formatos institucionales aprobados (planillas, fichas y aplicativos establecidos).
2	2. OBLIGACIÓN 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 Elaboré el cronograma mensual de actividades, integrando metas, territorios y tiempos operativos conforme a la planificación del convenio. 2.2 Productos (evidencias) Cronograma mensual y reporte de cierre de actividades con evidencias.
3	3. OBLIGACIÓN APOYAR LA PRESTACIÓN DE SERVICIOS EN EL DESARROLLO DEL CONVENIO MÁS BIENESTAR EQUIPOS BÁSICOS EXTRAMURALES, PRESENTANDO LA INFORMACIÓN Y/O SOPORTES QUE SE SOLICITE CONFORME A LOS ANEXOS Y LINEAMIENTOS TÉCNICOS DEL CONVENIO VIGENTE. 3.1 Actividades desarrolladas Recolecté y organicé la información requerida en los anexos técnicos, asegurando su completitud y veracidad. 3.2 Productos (evidencias) Formatos y soportes solicitados según lineamientos técnicos.
4	4. OBLIGACIÓN APOYAR LAS ACTIVIDADES INHERENTES AL OBJETO DEL CONTRATO PARA EL MEJORAMIENTO CONTINUO DE LA 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 Participé en procesos relacionados con calidad, aportando al cumplimiento de los estándares establecidos según las actividades asignadas. 4.2 Productos (evidencias) Registros de participación y evidencias de acciones desarrolladas, cuando aplica.
5	5. OBLIGACIÓN REALIZAR APROPIACIÓN CONCEPTUAL DESDE SU PERFIL CON LOS ANEXOS Y LINEAMIENTOS TÉCNICOS DEL CONVENIO MÁS BIENESTAR EQUIPOS BÁSICOS EXTRAMURALES. 5.1 Actividades desarrolladas No aplica para el periodo evaluado. La apropiación conceptual y revisión de lineamientos se realizó al inicio del convenio. 5.2 Productos (evidencias) No aplica para el periodo.
6	6. OBLIGACIÓN DESARROLLAR PROCESOS DE ASISTENCIA TÉCNICA DESDE LOS DIFERENTES PROCESOS DEL CONVENIO CONFORME A SU SABER DISCIPLINAR Y PROFESIONAL. 6.1 Actividades desarrolladas Brindé apoyo técnico operativo en el desarrollo de las actividades asignadas dentro del convenio, conforme a los requerimientos establecidos. 6.2 Productos (evidencias) Registro de actividades realizadas y evidencias operativas del acompañamiento brindado, en formatos de captura y actas según corresponda
7	7. OBLIGACIÓN REALIZAR LA REVISIÓN, ALISTAMIENTO Y ENTREGA CON CALIDAD DE CADA UNO DE LOS FORMATOS, DOCUMENTOS, BASES O INFORMES GENERADOS. 7.1 Actividades desarrolladas Verifiqué la calidad, exactitud y completitud de los formatos y documentos generados en campo antes de su entrega. 7.2 Productos (evidencias) Documentación revisada y entregada conforme a lineamientos institucionales.
8	8. OBLIGACIÓN PARTICIPAR Y GESTIONAR LOS ACERCAMIENTOS COMUNITARIOS E INSTITUCIONALES QUE SE REQUIERAN. 8.1 Actividades desarrolladas Participé en actividades de acercamiento comunitario conforme a la programación establecida por el equipo. 8.2 Productos (evidencias) Entrega de formatos y documentos generados en campo

9	9. OBLIGACIÓN ACTIVAR Y NOTIFICAR LOS EVENTOS DE INTERÉS EN SALUD PÚBLICA DETECTADOS. 9.1 Actividades desarrolladas Durante el periodo evaluado no se identificaron eventos de interés en salud pública que requirieran notificación. 9.2 Productos (evidencias) No aplica para el periodo.
10	10. OBLIGACIÓN PARTICIPAR EN LAS ASISTENCIAS TÉCNICAS CONVOCADAS POR SDS. 10.1 Actividades desarrolladas Asistí a las convocatorias técnicas y apliqué los lineamientos recibidos en las actividades extramurales. 10.2 Productos (evidencias) Registro de asistencia o evidencia de participación.
11	11. OBLIGACIÓN ORGANIZAR EL ARCHIVO DE LA DOCUMENTACIÓN GENERADA DE ACUERDO CON LA NORMATIVIDAD Y TABLA DE RETENCIÓN DOCUMENTAL. 11.1 Actividades desarrolladas Clasifiqué y custodié la documentación generada conforme a la normatividad vigente, asegurando su conservación y fácil acceso. 11.2 Productos (evidencias) Archivo físico o digital organizado según directrices institucionales.
12	12. OBLIGACIÓN REALIZAR LAS DEMÁS OBLIGACIONES QUE SE RELACIONEN CON EL OBJETO DEL CONTRATO Y QUE SEAN REQUERIDAS POR LA SUPERVISIÓN. 12.1 Actividades desarrolladas Ejecuté actividades adicionales asignadas, enmarcadas en el objeto contractual y conforme a los procedimientos establecidos. 12.2 Productos (evidencias) Registro o evidencia de cumplimiento de la actividad asignada.
13	13. OBLIGACIÓN REALIZAR CARACTERIZACIÓN SOCIODEMOGRÁFICA A COMPLETITUD, CON CALIDAD Y VERACIDAD. 13.1 Actividades desarrolladas Apliqué los instrumentos de caracterización sociodemográfica y tamizajes establecidos conforme a los lineamientos vigentes. 13.2 Productos (evidencias) Formatos de caracterización completos con tamizajes y registros correspondientes.
14	14. OBLIGACIÓN DILIGENCIAR LA INFORMACIÓN DE LA CARACTERIZACIÓN SOCIODEMOGRÁFICA EN EL APLICATIVO GTAPS DIARIAMENTE. 14.1 Actividades desarrolladas Registré la información de caracterización en el aplicativo GTAPS dentro de las primeras 24 horas de la intervención, garantizando calidad del dato. 14.2 Productos (evidencias) Soporte de registro o reporte de carga en el aplicativo.
15	15. OBLIGACIÓN PRESENTAR EL CRONOGRAMA DE ACTIVIDADES E INSUMOS PREPARADOS. 15.1 Actividades desarrolladas No aplica para el periodo evaluado. 15.2 Productos (evidencias) No aplica.
16	16. OBLIGACIÓN PRESENTAR MAPA Y MATRIZ DEL EJERCICIO DE CARTOGRAFÍA REALIZADO. 16.1 Actividades desarrolladas Durante el mes de marzo no se desarrollaron ejercicios de cartografía ni consolidación de matrices. 16.2 Productos (evidencias) No aplica para el periodo.
17	17. OBLIGACIÓN PARTICIPAR EN EL COMITÉ TERRITORIAL. 17.1 Actividades desarrolladas Participé en los espacios de análisis territorial convocados durante el periodo, cuando fueron programados. 17.2 Productos (evidencias) Acta de comité territorial, cuando aplica.
18	18. OBLIGACIÓN REALIZAR EL REGISTRO DE LAS ACTIVIDADES EN LOS INSTRUMENTOS DEFINIDOS. 18.1 Actividades desarrolladas Registré la información de visitas e intervenciones en los instrumentos físicos y digitales definidos. 18.2 Productos (evidencias) Planillas y registros diligenciados.
19	19. OBLIGACIÓN GESTIONAR Y ACTIVAR LOS RIESGOS EN SALUD IDENTIFICADOS. 19.1 Actividades desarrolladas Gestioné los riesgos identificados conforme a los lineamientos establecidos y según correspondió en cada caso. 19.2 Productos (evidencias) Registros de gestión o activación de rutas, cuando aplicó.
20	20. OBLIGACIÓN CUMPLIR CON TODAS LAS OBLIGACIONES ESTABLECIDAS EN EL ANEXO TÉCNICO DEL CONVENIO. 20.1 Actividades desarrolladas Desarrollé las actividades asignadas conforme a los lineamientos técnicos, operativos y al objeto del convenio. 20.2 Productos (evidencias) Informe de cumplimiento de actividades según metas y productos del anexo técnico.

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 (2026-03-01) AL (2026-03-31)

IV. INFORMACIÓN DE APORTES A SEGURIDAD SOCIAL

No. DE PLANILLA:	N° 9500631286	OPERADOR:	APORTES EN LINEA

CONCEPTO DEL PAGO	ENTIDAD	FECHA DE PAGO	VALOR PAGADO
SALUD:	SALUD TOTAL	2026/03/10	$ 218.900
PENSIÓN:	PROTECCION	2026/03/10	$ 280.200
RIESGOS LABORALES:	SURA	2026/03/10	$ 42.700
OTRO			

TOTAL PAGADO	$ 541.800

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	*SINDI MALLERLY GONZALEZ PINEDA* *PS_7409_2025_641D3D* **SINDI MALLERLY GONZALEZ PINEDA** **CC: 1016082675**
FIRMA DE QUIEN VALIDA	*LUZ ADRIANA CALDERON RAMIREZ* *PS_7409_2025_641D3D* **LUZ ADRIANA CALDERON RAMIREZ** **SUPERVISOR ALTERNO**
FIRMA DE QUIEN CONVALIDA EL CUMPLIMIENTO DE LAS OBLIGACIONES PARA EL PRESENTE PERIODO DE PAGO	*HAROLD ROLANDO DELGADO GÓMEZ* *PS_7409_2025_641D3D* **HAROLD ROLANDO DELGADO GÓMEZ** **SUPERVISOR DEL CONTRATO**