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:	**VICKY NATALIA TRIANA SAGASTUY**			**CC:**	**1010197240**
CORREO ELECTRÓNICO:	**VEGANSVI@HOTMAIL.ES**			**TELÉFONO:**	**3168667218**
DIRECCIÓN DOMICILIO:	**CL 10B 88A 17**			**CIUDAD:**	**BOGOTA**
BANCO AL CUAL CONSIGNAR:	**BANCO DAVIVIENDA S.A.**	**TIPO DE CUENTA:**	**AHORROS**	**N° CUENTA:**	**488413855062**
DATOS DEL CONTRATO O ADICION Y PERIODO OBJETO DE PAGO					
Nº DEL CONTRATO:	**PS 2125 2026**	**VALOR CORRESPONDIENTE AL PERIODO OBJETO DE COBRO**			**$ 5.593.940**
FECHA DE INICIO CONTRATO	**2026/02/01**	**FECHA DE TERMINACIÓN CONTRATO:**			**2026/05/31**
PERIODO OBJETO DE COBRO:	**DEL 2026/03/01 AL 2026/03/31**				

VICKY NATALIA TRIANA SAGASTUY
PS_2125_2026_AC7472

NOMBRE Y FIRMA DEL CONTRATISTA:
VICKY NATALIA TRIANA SAGASTUY
CC: 1010197240
CEL: 3168667218

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			
VICKY NATALIA TRIANA SAGASTUY			
	CON C.C N°	**1.010.197.240**	
OBJETO DEL CONTRATO:	PRESTAR SERVICIOS COMO PROFESIONAL ESPECIALIZADO III PARA DESARROLLAR ACTIVIDADES EN LA DIRECCION DE SERVICIOS AMBULATORIOS DE LA SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E.		
CONTRATO DE PRESTACION DE SERVICIOS PROFESIONALES No.	**PS 2125 2026**	**FECHA INICIO CONTRATO**	**2026/02/01**
VALOR INICIAL DEL CONTRATO	$ 22.375.760	**No. HORAS EJECUTADAS**	**0**
VALOR TOTAL DEL CONTRATO INCLUIDO ADICIONES:	$ 22.375.760	**VALOR DE HONORARIOS PERÍODO A CERTIFICAR:**	$ 5.593.940
PLAZO DEL CONTRATO INCLUYENDO PRORROGAS	CUATRO (4) MESES		
UNIDAD FUNCIONAL DE EJECUCIÓN DE ACTIVIDADES:	HOSPITAL SANTA CLARA		
NOMBRE DEL SUPERVISOR:	GLORIA MARITZA PINILLA PINILLA		

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	Se realiza Seguimiento a pacientes con Diagnósticos de Hipertensión Diabetes, ERC, EPOC y ASMA velando por su bienestar y buen servicio.
2	Se realiza seguimiento detallado a las guías de práctica clínica establecidas para los pacientes con diagnóstico de Hipertensión, Diabetes, Enfermedad Renal Crónica (ERC), Enfermedad Pulmonar Obstructiva Crónica (EPOC) y Asma. Este proceso garantiza la correcta aplicación de los protocolos médicos y la adherencia a las recomendaciones especializadas en el manejo de estas patologías. Seguimiento permanente al agendamiento de citas tanto de medicina general como de medicina especializada para los pacientes mencionados. Esta labor busca asegurar que todos los usuarios reciban atención oportuna, de acuerdo con sus necesidades específicas y bajo el marco de las guías clínicas actualizadas.
3	Se participa activamente en todas las mesas de trabajo y en las capacitaciones requeridas para garantizar la adecuada prestación del servicio en las Rutas Integrales de Atención en Salud (RIAS) para las condiciones crónicas cardiovasculares y metabólicas (CCVM), Enfermedad Renal Crónica (ERC) y enfermedades respiratorias crónicas Estas actividades permiten identificar fortalezas y necesidades en la atención de los pacientes con diagnóstico de Hipertensión, Diabetes, ERC, EPOC y Asma, y contribuyen tanto al fortalecimiento de los equipos de salud como al mejoramiento continuo de los procesos de atención. Además, la participación en estos espacios fomenta el intercambio de experiencias, la actualización de conocimientos y la implementación efectiva de las guías clínicas y estrategias orientadas al cuidado integral de los usuarios
4	Se realizan visitas a las Unidades de servicios ambulatorias y hospitales de la SISS CO verificado prestación y acceso específico para pacientes con Diagnóstico de Hipertensión Diabetes, ERC, EPOC y Asma.
5	Se realiza participación a todas las mesas de trabajo y de auditoria clínica, en las que se determina, fortalezas y necesidades a los pacientes con Diagnóstico de Hipertensión Diabetes
6	Se realiza evaluación y seguimiento a los procedimientos diseccionados por la dirección de ambulatorios
7	se realiza participación en las auditorías de autocontrol de la rutas CCVM y ERC, así como también a las mesas de diseños de estrategias para la prestación de servicios de alta calidad.
8	se realiza participación en las auditorías de autocontrol de la rutas CCVM y ERC, así como también a las mesas de diseños de estrategias para la prestación de servicios de alta calidad.
9	Se realizan fortalecimientos al Talento Humano con pre test y post tets, se realiza informe de fortalecimiento al talento humano.
10	Seguimiento de respuestas a canalizaciones sirc, evidencia de respuesta por correo. Seguimiento a la atención de pacientes , así como también realizara articulación con el proveedor para garantizar la entrega de medicamentos Diagnóstico de Hipertensión Diabetes, ERC, EPOC.
11	Asistencias a las jornadas de capacitación, inducción, reuniones, comités y eventos a los cuales sea convocado.
12	Solicitud de autorización y firma que cada entregable de RIAS CCVM y ERC
13	Se realizan actividades, direccionada por el supervisor en cumplimiento a la estrategias manejo de pacientes con Hipertensión Diabetes, ERC, EPOC y Asma y consultador crónico

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° 1080761863	OPERADOR:	SIMPLE

CONCEPTO DEL PAGO	ENTIDAD	FECHA DE PAGO	VALOR PAGADO
SALUD:	SURA	2026/03/26	$ 279.800
PENSIÓN:	PORVENIR	2026/03/26	$ 358.100
RIESGOS LABORALES:	SURA	2026/03/26	$ 54.560
OTRO			
TOTAL PAGADO			$ 692.460

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	*VICKY NATALIA TRIANA SAGASTUY* *PS_2125_2026_AC7472* **VICKY NATALIA TRIANA SAGASTUY** **CC: 1010197240**
FIRMA DE QUIEN CONVALIDA EL CUMPLIMIENTO DE LAS OBLIGACIONES PARA EL PRESENTE PERIODO DE PAGO	*GLORIA MARITZA PINILLA PINILLA* *PS_2125_2026_AC7472* **GLORIA MARITZA PINILLA PINILLA** **SUPERVISOR DEL CONTRATO**