**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:** | **DIANA CAROLINA RODRIGUEZ TRIVIÑO** | | | **CC:** | **1032421257** |
| **CORREO ELECTRÓNICO:** | **dcaro8@hotmail.com** | | | **TELÉFONO:** | **3115416762** |
| **DIRECCIÓN DOMICILIO:** | **CALLE 79A 69T 84** | | | **CIUDAD:** | **BOGOTA** |
| **BANCO AL CUAL CONSIGNAR:** | **BANCO DAVIVIENDA S.A.** | **TIPO DE CUENTA:** | **AHORROS** | **N° CUENTA:** | **469670000956** |
| **DATOS DEL CONTRATO O ADICION Y PERIODO OBJETO DE PAGO** | | | | | |
| **Nº DEL CONTRATO:** | **PS 2919 2026** | **VALOR CORRESPONDIENTE AL PERIODO OBJETO DE COBRO** | | | **$ 6.226.865** |
| **FECHA DE INICIO CONTRATO** | **2026/02/03** | **FECHA DE TERMINACIÓN CONTRATO:** | | | **2026/05/31** |
| **PERIODO OBJETO DE COBRO:** | **DEL 2026/03/01 AL 2026/03/31** | | | | |

*DIANA CAROLINA RODRIGUEZ TRIVIÑO*
*PS_2919_2026_B19972*

**NOMBRE Y FIRMA DEL CONTRATISTA:**
**DIANA CAROLINA RODRIGUEZ TRIVIÑO**
**CC: 1032421257**
**CEL: 3115416762**

| | | |
|---|---|---|
| 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** | | | |
| **DIANA CAROLINA RODRIGUEZ TRIVIÑO** | | | |
| | **CON C.C N°** | **1.032.421.257** | |
| **OBJETO DEL CONTRATO:** | PRESTAR SERVICIOS COMO PROFESIONAL ESPECIALIZADO IV PARA DESARROLLAR ACTIVIDADES EN LA DIRECCION DE SERVICIOS DE URGENCIAS DE LA SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E. | | |
| **CONTRATO DE PRESTACION DE SERVICIOS PROFESIONALES No.** | **PS 2919 2026** | **FECHA INICIO CONTRATO** | **2026/02/03** |
| **VALOR INICIAL DEL CONTRATO** | $ 24.907.460 | **No. HORAS EJECUTADAS** | **0** |
| **VALOR TOTAL DEL CONTRATO INCLUIDO ADICIONES:** | $ 24.907.460 | **VALOR DE HONORARIOS PERÍODO A CERTIFICAR:** | $ 6.226.865 |
| **PLAZO DEL CONTRATO INCLUYENDO PRORROGAS** | CUATRO ( 4 ) MESES | | |
| **UNIDAD FUNCIONAL DE EJECUCIÓN DE ACTIVIDADES:** | HOSPITAL SAN BLAS | | |
| **NOMBRE DEL SUPERVISOR:** | DANIEL ALEXANDER HUERTAS ROJAS | | |

| **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 | Reunión con el equipo de la dirección de hospitalarios, la dirección administrativa y la dirección de urgencias administrativa para definir los espacios adecuados de donde quedaría el área de salud mental en el servicio de urgencias en el Hospital de Santa Clara. |
| 2 | Continúe con la implementación de la ruta de violencia en el Hospital de San Blas, se cumple con el plan de trabajo instaurado y con las tareas asignadas para el cumplimiento de la instauración de la ruta. |
| 3 | Definí mecanismos de atención para pacientes con consumo de sustancias psicoactivas, relacionadas con la ruta de salud mental en urgencias y la ruta de violencia. |
| 4 | Presenté de la estrategia para centralizar el proceso de atención a los pacientes que se encuentran en condición de habitabilidad en calle. Se realiza trabajo articulado con humanización, con comunicaciones, seguridad y salud en el trabajo, enfoque diferencial y gestión del riesgo. |
| 5 | Realicé la auditoria a los pacientes víctimas de violencia, realizando retroalimentación inmediata a las desviaciones encontradas del protocolo de atención a víctimas de violencia. |
| 6 | Realice el lanzamiento de la implementación de la Ruta Celeste, coordinando y participando en los procesos de implementación y reconocimiento de la ruta. |
| 7 | Participé en las capacitaciones y reuniones a las q fui convocada como Líder de la Ruta de violencia y de salud mental. |
| 8 | Informé oportunamente a mi supervisor las novedades presentadas con la ruta de violencia y de salud mental en el servicio de urgencias. |
| 9 | Realicé informes y consolidación de la ruta de violencia, para presentar a las oficinas solicitadas. |
| 10 | Presenté auditoria con la EAPB Capital Salud y EAPB Sanitas sobre la Ruta de violencia, dando a conocer lo implementado en la Subred Centro Oriente. |
| 11 | Realicé visitas a las unidades para la verificación de seguimiento de los kits de código blanco. |
| 12 | Realicé capacitaciones al personal de salud de las unidades de urgencias, con el objetivo de mejorar procesos de atención a víctimas. |
| 13 | Dí respuesta a las solicitudes realizadas por las entidades intersectoriales e institucionales de casos de violencias. |

**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° 1079566159 | OPERADOR: | SIMPLE |

| CONCEPTO DEL PAGO | ENTIDAD | FECHA DE PAGO | VALOR PAGADO |
|---|---|---|---|
| SALUD: | SANITAS | 2026/03/11 | $ 290.000 |
| PENSIÓN: | PORVENIR | 2026/03/11 | $ 371.200 |
| RIESGOS LABORALES: | SURA | 2026/03/11 | $ 56.600 |
| OTRO | | | |
| TOTAL PAGADO | | | $ 717.800 |

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** | *DIANA CAROLINA RODRIGUEZ TRIVIÑO*<br>*PS_2919_2026_B19972*<br>**DIANA CAROLINA RODRIGUEZ TRIVIÑO**<br>**CC: 1032421257** |
| **FIRMA DE QUIEN CONVALIDA EL CUMPLIMIENTO DE LAS OBLIGACIONES PARA EL PRESENTE PERIODO DE PAGO** | *DANIEL ALEXANDER HUERTAS ROJAS*<br>*PS_2919_2026_B19972*<br>**DANIEL ALEXANDER HUERTAS ROJAS**<br>**SUPERVISOR DEL CONTRATO** |