**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: (30-04-2026)** | | | | | |
| **NOMBRES Y APELLIDOS:** | **PAULA FERNANDA SANCHEZ HENAO** | | | **CC:** | **1026560091** |
| **CORREO ELECTRÓNICO:** | **PSANCHEZ.SUBREDCENTROORIENTE@GMAIL.COM** | | | **TELÉFONO:** | **3204749645** |
| **DIRECCIÓN DOMICILIO:** | **CL 3 SUR Nº 69D- 34** | | | **CIUDAD:** | **BOGOTA** |
| **BANCO AL CUAL CONSIGNAR:** | **BANCO DAVIVIENDA S.A.** | **TIPO DE CUENTA:** | **AHORROS** | **N° CUENTA:** | **007500829226** |
| **DATOS DEL CONTRATO O ADICION Y PERIODO OBJETO DE PAGO** | | | | | |
| **Nº DEL CONTRATO:** | **PS 3653 2026** | **VALOR CORRESPONDIENTE AL PERIODO OBJETO DE COBRO** | | | **$ 6.000.056** |
| **FECHA DE INICIO CONTRATO** | **2026/04/01** | **FECHA DE TERMINACIÓN CONTRATO:** | | | **2026/04/30** |
| **PERIODO OBJETO DE COBRO:** | **DEL 2026/04/01 AL 2026/04/30** | | | | |

*PAULA FERNANDA SANCHEZ HENAO*
*PS_3653_2026_BC3CB9*

**NOMBRE Y FIRMA DEL CONTRATISTA:**
**PAULA FERNANDA SANCHEZ HENAO**
**CC: 1026560091**
**CEL: 3204749645**

| | | |
|---|---|---|
| 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** | | | |
| **PAULA FERNANDA SANCHEZ HENAO** | | | |
| **CON C.C N°** | **1.026.560.091** | | |
| **OBJETO DEL CONTRATO:** | PRESTAR SERVICIOS COMO ENFERMERO A PARA DESARROLLAR ACTIVIDADES EN LA DIRECCI?N DE SERVICIOS AMBULATORIOS DE LA SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS EN SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E. EBS DE MINISTERIO DE SALUD Y PROTECCION SOCIAL SEG?N RESOLUCION 711 24 04 2025. | | |
| **CONTRATO DE PRESTACION DE SERVICIOS PROFESIONALES No.** | **PS 3653 2026** | **FECHA INICIO CONTRATO** | **2026/04/01** |
| **VALOR INICIAL DEL CONTRATO** | $ 6.000.056 | **No. HORAS EJECUTADAS** | **184** |
| **VALOR TOTAL DEL CONTRATO INCLUIDO ADICIONES:** | $ 6.000.056 | **VALOR DE HONORARIOS PERÍODO A CERTIFICAR:** | $ 6.000.056 |
| **PLAZO DEL CONTRATO INCLUYENDO PRORROGAS** | UN (1) MES | | |
| **UNIDAD FUNCIONAL DE EJECUCIÓN DE ACTIVIDADES:** | HOSPITAL SANTA CLARA | | |
| **NOMBRE DEL SUPERVISOR:** | LUZ MARINA HERNANDEZ HERNANDEZ | | |

| 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 LA APROPIACIÓN CONCEPTUAL, TÉCNICA Y OPERATIVA DE LA RESOLUCIÓN 711 DEL 24 DE ABRIL DE 2025, ASÍ COMO DE LA RESOLUCIÓN 3280 DE 2018 (RPMS), EL LINEAMIENTO TÉCNICO-OPERATIVO DE EQUIPOS BÁSICOS DE SALUD: CONFORMACIÓN, OPERACIÓN Y SEGUIMIENTO, Y DEMÁS NORMAS QUE LAS MODIFIQUEN, ADICIONEN O COMPLEMENTEN, EN EL MARCO DEL MODELO PREVENTIVO Y PREDICTIVO Y EL FORTALECIMIENTO DE LA ATENCIÓN PRIMARIA EN SALUD (APS). |
| 2 | SE PARTICIPA DE MANERA INDELEGABLE EN LAS CAPACITACIONES, ASISTENCIAS TÉCNICAS Y DEMÁS PROCESOS FORMATIVOS RELACIONADOS CON LOS APLICATIVOS INSTITUCIONALES (GTAPS, DINÁMICA GERENCIAL Y OTROS SISTEMAS DEFINIDOS), ASEGURANDO SU ADECUADA IMPLEMENTACIÓN EN EL DESARROLLO DE LAS ACTIVIDADES CONTRACTUALES. |
| 3 | 'BRINDAR APOYO TÉCNICO Y OPERATIVO EN LOS ESPACIOS INSTITUCIONALES Y PROCESOS FORMATIVOS, DE ACUERDO CON LOS REQUERIMIENTOS REALIZADOS POR LA COORDINACIÓN O SUPERVISIÓN, SIN QUE ESTO IMPLIQUE EL RECONOCIMIENTO DE PAGOS ADICIONALES A LOS ESTABLECIDOS EN EL CONTRATO. |
| 4 | ESTA ACTIVIDAD NO SE REALIZA POR ESTE MES, SIN EMBARGO SE PARTICIPA EN LOS FORTALECIMIENTOS DE CAPACIDADES |
| 5 | SE PARTICIPA EN LA CAPACITACION DE LA 3280, Y SE ELABORA PRESENTACION DE LA RUTA |
| 6 | NO SE REALIZA PARA ESTE PERIODO CONTRACTUAL, SE PARTICIPA EN LASA CAPACITACIONES |
| 7 | PARA ESTE PERIDIO NO SE EJECUTA ESTA ACTIVIDAD, SIN EMBARGO SE PARTICIPA EN LA CAPACITACION SOBRE RESOLUCION 3280 DEL 2028 |
| 8 | PARA ESTE PERIODO NO SE EJCUTA VALORACION DE USUARIOS, SE PARTICIPA EN LAS ACTIVIDADES DE FORTALECIMIENTO DE CAPACIDADES |
| 9 | SE ENVIA DE MANERA OPORTUNA DOCUMENTOS REQUERIIDOS PARA LA CREACION DE LOS USUARIOS NECESARIOS PARA EL DILIGENCIAMIENTO DE LAS VALORACIONES |
| 10 | SE PARTICIPA EN LA SOCIALIZACION DE LOS LINEAMIENTOS DONDE SE EVIDENCIA LA TABLA DE CALISIFCACION DE LOS USUARIOS SEGUN PRIORIZACION |
| 11 | SE PARTICIPA EN LA SOCIALIZACION DE LA RUTA PARA LA NOTIFICACION DE LOS EVENTOS DE INTERES EN SALUD PUBLICA |
| 12 | SE PARTICIPA EN LA REUNION DE ARTICULACION DE CANALIZACION CON LA REFERENTE DISTRITAL |
| 13 | SE PARTICIPA EN LAS CAPACITACION SOBRE LINEAMIENTOS TECNICOS OPERATIVOS Y RESOLUCION 3280 DEL 2018 |
| 14 | SE PARTICIPA EN LA ARTICULACION CON REFERENTE DISTRITAL QUIN DA LIENA TECNICA PARA EL MANEJO DE PACIENTES SIN ASEGURAMIENTO |
| 15 | NO SE REALIZA ESTA ACTIVIDAD DURANTE EL MES, SIN EMBARGO SE CONOCE LA RUTA A SEGUIR |
| 16 | SE REALIZAN ACCIONES PROPIAS DEL PERFIL PROFESIONAL DE ENFERMERÍA EN LAS MODALIDADES EXTRAMURAL Y ACTIVIDADES ADMINISTRATIVAS, CUANDO SE REQUIERA, DE ACUERDO CON LAS NECESIDADES DEL SERVICIO |
| 17 | SE ASISTE DE MANERA OBLIGATORIA Y OPORTUNA A LOS COMITÉS SEMANALES Y/O MENSUALES, ASÍ COMO A LAS REUNIONES DE SEGUIMIENTO, JORNADAS DE CAPACITACIÓN Y DEMÁS CONVOCATORIAS ADMINISTRATIVAS PROGRAMADAS, DEJANDO LA RESPECTIVA CONSTANCIA Y LOS SOPORTES DE PARTICIPACIÓN |

| | |
|---|---|
| 18 | SE PLANIFICAN Y/O DESARROLLAN CAPACITACIONES, SOCIALIZACIONES E INTERVENCIONES TÉCNICAS, DE ACUERDO CON LOS REQUERIMIENTOS DE LA ENTIDAD Y EN CONCORDANCIA CON EL PERFIL PROFESIONAL |
| 19 | SE GESTIONA Y FORTALECE LA ARTICULACIÓN COMUNITARIA E INTERSECTORIAL REQUERIDA PARA EL DESARROLLO DE ACCIONES EN TERRITORIO, EN COHERENCIA CON EL ENFOQUE DE ATENCIÓN PRIMARIA EN SALUD. |
| 20 | SE REALIZA LA ENTREGA OPORTUNA, COMPLETA Y BAJO CRITERIOS DE CALIDAD, EN LAS PERIODICIDADES ESTABLECIDAS (DIARIA, SEMANAL O MENSUAL), DE LA TOTALIDAD DE LOS FORMATOS, BASES DE DATOS, INFORMES Y SOPORTES DERIVADOS DE LAS ACCIONES, ATENCIONES E INTERVENCIONES EJECUTADAS EN EL MARCO DEL OBJETO CONTRACTUAL. |
| 21 | NO SE REALIZA ESTA ACTIVDAD DURANTE EL MES |
| 22 | NO APLICA PARA ESTE MES |
| 23 | SE GARANTIZA EL USO RESPONSABLE, RESERVADO Y CONFIDENCIAL DE LOS USUARIOS Y CONTRASEÑAS ASIGNADOS, ASÍ COMO SU ENTREGA, JUNTO CON LOS SOPORTES FÍSICOS Y MAGNÉTICOS, AL MOMENTO DE LA FINALIZACIÓN DEL CONTRATO |
| 24 | SE BRINDA APOYO A LAS ACTIVIDADES RELACIONADAS CON EL MEJORAMIENTO CONTINUO DE LA CALIDAD Y A LOS PLANES DE MEJORAMIENTO DERIVADOS DE LOS PROCESOS DE HABILITACIÓN Y ACREDITACIÓN DE LOS SERVICIOS DE SALUD. |
| 25 | SE BRINDA APOYO A LAS ACTIVIDADES RELACIONADAS CON EL MEJORAMIENTO CONTINUO DE LA CALIDAD Y A LOS PLANES DE MEJORAMIENTO DERIVADOS DE LOS PROCESOS DE HABILITACIÓN Y ACREDITACIÓN DE LOS SERVICIOS DE SALUD.CONTINUO DE LA CALIDAD Y A LOS PLANES DE MEJORAMIENTO DERIVADOS DE LOS PROCESOS DE HABILITACIÓN Y ACREDITACIÓN DE LOS SERVICIOS DE SALUD. |
| 26 | SE EJECUTAN LAS ACTIVIDADES PROPIAS DEL PERFIL PROFESIONAL COMO INTEGRANTE DEL EQUIPO BÁSICO DE SALUD, GARANTIZANDO LA ENTREGA COMPLETA, OPORTUNA Y CONFORME DE LOS PRODUCTOS, REGISTROS Y SOPORTES DERIVADOS DE LA GESTIÓN REALIZADA, LOS CUALES SE ENCUENTRAN SUJETOS A PROCESOS DE AUDITORÍA, VERIFICACIÓN Y VALIDACIÓN POR PARTE DE LOS LÍDERES DE LOCALIDAD, EL EQUIPO DINAMIZADOR Y/O LOS ENTES COMPETENTES, DE ACUERDO CON LOS LINEAMIENTOS TÉCNICOS, CONTRACTUALES Y NORMATIVOS VIGENTES |
| 27 | SE RECONOCE QUE EL CUMPLIMIENTO DE METAS E INDICADORES, LA ASISTENCIA OBLIGATORIA A COMITÉS, ESPACIOS DE SEGUIMIENTO Y CAPACITACIONES, ASÍ COMO EL REGISTRO OPORTUNO Y CON CALIDAD DE LA INFORMACIÓN EN LOS SISTEMAS DEFINIDOS, SERÁN OBJETO DE SEGUIMIENTO Y VERIFICACIÓN DIARIA, SEMANAL O MENSUAL, SEGÚN CORRESPONDA; EN CONSECUENCIA, EL PAGO DE HONORARIOS SE ENCUENTRA CONDICIONADO AL CUMPLIMIENTO INTEGRAL DE ESTOS CRITERIOS, DE ACUERDO CON EL LINEAMIENTO TÉCNICO-OPERATIVO DE EQUIPOS BÁSICOS DE SALUD |
| 28 | SE REALIZA LA ELABORACIÓN, PRESENTACIÓN Y REPORTE OPORTUNO DE LAS CUENTAS DE COBRO POR PARTE DEL PROFESIONAL DE ENFERMERÍA, ASÍ COMO LA SUSCRIPCIÓN, FIRMA Y GESTIÓN DEL CONTRATO Y SUS DOCUMENTOS ASOCIADOS EN LOS APLICATIVOS INSTITUCIONALES Y EN LA PLATAFORMA SECOP, DENTRO DE LOS PLAZOS ESTABLECIDOS POR LA ENTIDAD. EL INCUMPLIMIENTO DE ESTA OBLIGACIÓN, EN LOS TIEMPOS Y CONDICIONES DEFINIDAS, IMPLICA LA NO CAUSACIÓN Y, EN CONSECUENCIA, EL NO RECONOCIMIENTO DEL PAGO DE HONORARIOS, SIN PERJUICIO DE LAS DEMÁS ACCIONES ADMINISTRATIVAS A QUE HAYA LUGAR, CONFORME A LA NORMATIVA CONTRACTUAL VIGENTE. |
| 29 | SE BRINDA APOYO TÉCNICO Y OPERATIVO EN LOS ESPACIOS DE CAPACITACIÓN, COMITÉS Y DEMÁS INSTANCIAS INSTITUCIONALES A LAS QUE SEA CONVOCADO, INCLUYENDO LA PLANEACIÓN, ELABORACIÓN Y SOCIALIZACIÓN DE CAPACITACIONES ACORDES CON EL PERFIL PROFESIONAL DE ENFERMERÍA, |
| 30 | SE REALIZA ORGANIZACION DEL PROCESO ADMINISTRATIVO PARA EL SEGUIMIENTO DE LOS EQUIPS, RECONOCIENDO LAS FUNCIONES CONTRACTUALES Y ENTREGABLES COMO LIDER OPERATIVA |
| 31 | TODAS LAS ACTIVIDADES AQUÍ DESCRITAS SE EJECUTAN EN EL MARCO DEL MODELO PREVENTIVO Y PREDICTIVO Y DEL FORTALECIMIENTO DE LA ATENCIÓN PRIMARIA EN SALUD (APS) EN EL NIVEL PRIMARIO DE ATENCIÓN, DE CONFORMIDAD CON LOS LINEAMIENTOS TÉCNICOS, OPERATIVOS Y NORMATIVOS VIGENTES, Y SE ENCUENTRAN SUJETAS AL CUMPLIMIENTO DE LAS METAS ASIGNADAS, AL REGISTRO OPORTUNO Y CON CALIDAD DE LA INFORMACIÓN, ASÍ COMO A LOS PROCESOS DE VERIFICACIÓN Y AUDITORÍA CORRESPONDIENTES. |
| 32 | SE REALIZAN LAS DEMÁS ACTIVIDADES INHERENTES AL OBJETO CONTRACTUAL QUE SEAN ASIGNADAS POR EL SUPERVISOR DEL CONTRATO, DE CONFORMIDAD CON LA RESOLUCIÓN 711 DEL 24 DE ABRIL DE 2025 Y EL LINEAMIENTO TÉCNICO-OPERATIVO DE EQUIPOS BÁSICOS DE SALUD: CONFORMACIÓN, OPERACIÓN Y SEGUIMIENTO, LAS CUALES SERÁN OBJETO DE VERIFICACIÓN Y VALIDACIÓN PARA EL RECONOCIMIENTO DEL PAGO DE HONORARIOS. |

**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 (2026-04-01) AL (2026-04-30)

IV. INFORMACIÓN DE APORTES A SEGURIDAD SOCIAL

| | | | |
|---|---|---|---|
| No. DE PLANILLA: | N° | OPERADOR: | |
| CONCEPTO DEL PAGO | ENTIDAD | FECHA DE PAGO | VALOR PAGADO |
| SALUD: | SURA | | $ 0 |
| PENSIÓN: | COLPENSIONES | | $ 0 |
| RIESGOS LABORALES: | POSITIVA | | $ 0 |
| OTRO | | | |
| TOTAL PAGADO | | | $ 0 |

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** | *PAULA FERNANDA SANCHEZ HENAO*<br>*PS_3653_2026_BC3CB9*<br>**PAULA FERNANDA SANCHEZ HENAO**<br>**CC: 1026560091** |
| **FIRMA DE QUIEN CONVALIDA EL CUMPLIMIENTO DE LAS OBLIGACIONES PARA EL PRESENTE PERIODO DE PAGO** | *LUZ MARINA HERNANDEZ HERNANDEZ*<br>*PS_3653_2026_BC3CB9*<br>**LUZ MARINA HERNANDEZ HERNANDEZ**<br>**SUPERVISOR DEL CONTRATO** |