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:	**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 2026/04/01 AL 2026/04/30**				

DIANA CAROLINA RODRIGUEZ TRIVIÑO
PS_2919_2026_6E7592

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** **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			
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** **(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, Secreatría de Salud y Secretaría de la mujer 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 (2026-04-01) AL (2026-04-30)

IV. INFORMACIÓN DE APORTES A SEGURIDAD SOCIAL			
No. DE PLANILLA:	N° 1080424129	OPERADOR:	SIMPLE

CONCEPTO DEL PAGO	ENTIDAD	FECHA DE PAGO	VALOR PAGADO
SALUD:	SANITAS	2026/04/21	$ 311.900
PENSIÓN:	PORVENIR	2026/04/21	$ 399.200
RIESGOS LABORALES:	SURA	2026/04/21	$ 60.800
OTRO			
TOTAL PAGADO			$ 771.900

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* *PS_2919_2026_6E7592* **DIANA CAROLINA RODRIGUEZ TRIVIÑO** **CC: 1032421257**
FIRMA DE QUIEN CONVALIDA EL CUMPLIMIENTO DE LAS OBLIGACIONES PARA EL PRESENTE PERIODO DE PAGO	*DANIEL ALEXANDER HUERTAS ROJAS* *PS_2919_2026_6E7592* **DANIEL ALEXANDER HUERTAS ROJAS** **SUPERVISOR DEL CONTRATO**