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 CUENTA DE COBRO CONTRATO DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS Y DE APOYO A LA GESTIÓN

CÓDIGO: AP-IA-FT-094
VERSIÓN: 7
FECHA: 2025-06-09

DATOS DEL CONTRATISTA					
FECHA DE DILIGENCIAMIENTO: (31-05-2026)					
NOMBRES Y APELLIDOS:	**YESICA PAOLA PIAMONTE SALAZAR**			**CC:**	**1023014753**
CORREO ELECTRÓNICO:	**promotor.subred@gmail.com**			**TELÉFONO:**	**3013531987**
DIRECCIÓN DOMICILIO:	**TV 14M 68 41 SUR**			**CIUDAD:**	**BOGOTA**
BANCO AL CUAL CONSIGNAR:	**BANCO DAVIVIENDA S.A.**	**TIPO DE CUENTA:**	**AHORROS**	**N° CUENTA:**	**488436155417**
DATOS DEL CONTRATO O ADICION Y PERIODO OBJETO DE PAGO					
N° DEL CONTRATO:	**PS 7412 2025**	**VALOR CORRESPONDIENTE AL PERIODO OBJETO DE COBRO**			**$ 1.263.600**
FECHA DE INICIO CONTRATO	**2025/10/07**	**FECHA DE TERMINACIÓN CONTRATO:**			**2026/07/31**
PERIODO OBJETO DE COBRO:	**DEL 2026/05/01 AL 2026/05/31**				

NOMBRE Y FIRMA DEL CONTRATISTA:
YESICA PAOLA PIAMONTE SALAZAR
CC: 1023014753
CEL: 3013531987

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 YESICA PAOLA PIAMONTE SALAZAR				
	CON C.C Nº	**1.023.014.753**		
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 7412 2025**	**FECHA INICIO CONTRATO**	**2025/10/07**	
VALOR INICIAL DEL CONTRATO	$ 2.484.000	**No. HORAS EJECUTADAS**	78	
VALOR TOTAL DEL CONTRATO INCLUIDO ADICIONES:	$ 33.652.800	**VALOR DE HONORARIOS PERÍODO A CERTIFICAR:**	$ 1.263.600	
PLAZO DEL CONTRATO INCLUYENDO PRORROGAS	DIEZ (10) MESES			
UNIDAD FUNCIONAL DE EJECUCIÓN DE ACTIVIDADES:	CENTRO DE SALUD PRIMERO DE MAYO			
NOMBRE DEL SUPERVISOR:	LIDA ESPERANZA MONTENEGRO PARRA			

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	OBLIGACIÓN 1. PRESTÉ MIS SERVICIOS CON CALIDAD Y OPORTUNIDAD, PARA EL DESARROLLO DE LAS ACTIVIDADES DEL CONVENIO MAS BIENESTAR EQUIPOS BÁSICOS EXTRAMURALES, SUSCRITO ENTRE EL FDS Y LA SUBRED. 1.1 Actividad: Presté servicios en territorio mediante visitas domiciliarias, caracterizaciones en salud y actividades comunitarias dirigidas a la población asignada, garantizando atención humanizada, calidad en el servicio y cumplimiento de metas establecidas. 1.2 Evidencia: Planillas de atención, formatos diligenciados, registros fotográficos, bases de datos y reportes de actividades desarrolladas.
2	OBLIGACIÓN 2. PRESENTÉ MENSUALMENTE EL CRONOGRAMA DE ACTIVIDADES A DESARROLLAR, ADICIONALMENTE CON LA FINALIZACIÓN DEL MES ENTREGUÉ UN INFORME DE LAS ACTIVIDADES DESARROLLADAS PARA LA EJECUCIÓN DE MIS ACTIVIDADES. 2.1 Actividad: Elaboré y entregué mensualmente el cronograma de actividades y consolidé el informe mensual de ejecución de actividades realizadas en territorio. 2.2 Evidencia: Cronogramas enviados, informes mensuales radicados y soportes de recibido por supervisión.
3	OBLIGACIÓN 3. APOYÉ LA PRESTACIÓN DE SERVICIOS EN EL CONVENIO MAS BIENESTAR EQUIPOS BÁSICOS EXTRAMURALES, PRESENTANDO LA INFORMACIÓN Y/O SOPORTES SOLICITADOS CONFORME A LOS ANEXOS Y LINEAMIENTOS TÉCNICOS DEL CONVENIO VIGENTE Y SUSCRITO ENTRE EL FDS Y LA SUBRED. 3.1 Actividad: Recolecté, organicé y entregué soportes técnicos y administrativos requeridos para el cumplimiento del convenio. 3.2 Evidencia: Bases de datos, formatos diligenciados, reportes y documentos entregados según lineamientos.
4	OBLIGACIÓN 4. APOYÉ LAS ACTIVIDADES INHERENTES AL OBJETO DEL CONTRATO PARA EL MEJORAMIENTO CONTINUO DE CALIDAD Y AQUELLAS DEFINIDAS DENTRO DE LOS PLANES DE MEJORAMIENTO DE LOS DIFERENTES ESTÁNDARES DE HABILITACIÓN Y ACREDITACIÓN DE SERVICIOS DE SALUD. 4.1 Actividad: Participé en acciones de mejoramiento continuo y cumplí actividades relacionadas con estándares de calidad y habilitación. 4.2 Evidencia: Actas de reunión, listas de asistencia y reportes de seguimiento a planes de mejora.
5	OBLIGACIÓN 5. REALICÉ APROPIACIÓN CONCEPTUAL DESDE MI PERFIL CON LOS ANEXOS Y LINEAMIENTOS TÉCNICOS DEL CONVENIO MAS BIENESTAR EQUIPOS BÁSICOS EXTRAMURALES SUSCRITO ENTRE EL FDS Y LA SUBRED. 5.1 Actividad: Revisé y socialicé permanentemente los anexos técnicos y lineamientos operativos relacionados con el convenio. 5.2 Evidencia: Asistencia a capacitaciones, actas, evaluaciones y soportes de socialización.

6	OBLIGACIÓN 6. DESARROLLÉ PROCESOS DE ASISTENCIA TÉCNICA DESDE LOS DIFERENTES PROCESOS DEL CONVENIO MAS BIENESTAR EQUIPOS BÁSICOS EXTRAMURALES CONFORME A MI SABER DISCIPLINAR Y PROFESIONAL, EN FUNCIÓN DE LOS REQUERIMIENTOS DE LOS PROCESOS TRANSVERSALES. 6.1 Actividad: Brindé apoyo técnico y acompañamiento en procesos operativos y transversales conforme a mi perfil profesional. 6.2 Evidencia: Informes técnicos, registros de asistencia y soportes de acompañamiento realizado.
7	OBLIGACIÓN 7. REALICÉ LA REVISIÓN, ALISTAMIENTO Y ENTREGA CON CALIDAD DE CADA UNO DE LOS FORMATOS, DOCUMENTOS, BASES O INFORMES GENERADOS COMO RESULTADO DE LAS ACCIONES O INTERVENCIONES REALIZADAS EN CUMPLIMIENTO A LOS ANEXOS Y LINEAMIENTOS TÉCNICOS DEL CONVENIO MAS BIENESTAR EQUIPOS BÁSICOS EXTRAMURALES VIGENTE Y SUSCRITO ENTRE EL FDS Y LA SUBRED. 7.1 Actividad: Verifiqué y entregué oportunamente formatos, documentos y bases de datos generadas durante las intervenciones. 7.2 Evidencia: Formatos completos, bases actualizadas e informes entregados a supervisión.
8	OBLIGACIÓN 8. PARTICIPÉ Y GESTIONÉ LOS ACERCAMIENTOS COMUNITARIOS E INSTITUCIONALES REQUERIDOS PARA EL DESARROLLO DE LAS ACCIONES DE CADA PROCESO. 8.1 Actividad: Participé en reuniones comunitarias e institucionales para fortalecer las acciones territoriales. 8.2 Evidencia: Actas, listados de asistencia y registros fotográficos de encuentros realizados.
9	OBLIGACIÓN 9. ACTIVÉ Y NOTIFIQUÉ LOS EVENTOS DE INTERÉS EN SALUD PÚBLICA DETECTADOS EN CADA UNA DE MIS INTERVENCIONES. 9.1 Actividad: Identifiqué y notifiqué eventos de interés en salud pública detectados durante las intervenciones realizadas. 9.2 Evidencia: Formatos de notificación, activaciones de ruta y reportes realizados.
10	OBLIGACIÓN 10. PARTICIPÉ EN LAS ASISTENCIAS TÉCNICAS CONVOCADAS POR SDS DE ACUERDO CON LOS PROCESOS ASIGNADOS Y CONFORME A LAS ACTIVIDADES, METAS Y PRODUCTOS ESTABLECIDOS EN LOS ANEXOS Y LINEAMIENTOS TÉCNICOS DEL CONVENIO MAS BIENESTAR EQUIPOS BÁSICOS EXTRAMURALES SUSCRITO ENTRE EL FDS Y LA SUBRED. 10.1 Actividad: Asistí y participé en capacitaciones y asistencias técnicas convocadas por SDS. 10.2 Evidencia: Certificados, listados de asistencia y actas de participación.
11	OBLIGACIÓN 11. ORGANICÉ EL ARCHIVO DE LA DOCUMENTACIÓN GENERADA DE ACUERDO CON LA NORMATIVIDAD Y TABLA DE RETENCIÓN DOCUMENTAL. 11.1 Actividad: Clasifiqué y archivé la documentación generada conforme a la normativa institucional. 11.2 Evidencia: Carpetas organizadas, registros archivísticos y seguimiento documental.
12	OBLIGACIÓN 12. REALICÉ LAS DEMÁS OBLIGACIONES RELACIONADAS CON EL OBJETO DEL CONTRATO Y REQUERIDAS POR LA SUPERVISIÓN. 12.1 Actividad: Ejecuté actividades adicionales relacionadas con el objeto contractual y requeridas por supervisión. 12.2 Evidencia: Correos, informes, actas y soportes de cumplimiento de actividades asignadas.
13	OBLIGACIÓN 13. REALICÉ CARACTERIZACIÓN SOCIODEMOGRÁFICA A COMPLETITUD, CON CALIDAD Y VERACIDAD, REALIZANDO LOS TAMIZAJES CORRESPONDIENTES SEGÚN LINEAMIENTO EN EL DESARROLLO DE LA CARACTERIZACIÓN. 13.1 Actividad: Apliqué caracterización sociodemográfica y tamizajes establecidos en los lineamientos técnicos. 13.2 Evidencia: Formatos diligenciados, planillas firmadas y registros completos en físico y digital.
14	OBLIGACIÓN 14. DILIGENCIÉ LA INFORMACIÓN DE LA CARACTERIZACIÓN SOCIODEMOGRÁFICA EN EL APLICATIVO GTAPS DE LA SDS DIARIAMENTE A COMPLETITUD, CON VERACIDAD Y CALIDAD DEL DATO DENTRO DE LAS PRIMERAS 24 HORAS DE LA INTERVENCIÓN. 14.1 Actividad: Registré oportunamente y de manera completa la información en el aplicativo GTAPS dentro de los tiempos establecidos. 14.2 Evidencia: Capturas de cargue, reportes del sistema y validación de registros realizados.
15	OBLIGACIÓN 15. PRESENTÉ EL CRONOGRAMA DE ACTIVIDADES E INSUMOS PREPARADOS COMO MAPAS BASE, MATRICES, CARTOGRAFÍA, DATOS CATASTRALES Y POBLACIONALES. 15.1 Actividad: Elaboré y presenté cronogramas e insumos técnicos requeridos para el desarrollo territorial. 15.2 Evidencia: Cronogramas, mapas, matrices y soportes técnicos entregados.

16	OBLIGACIÓN 16. PRESENTÉ MAPA CON REGISTRO DEL EJERCICIO DE CARTOGRAFÍA REALIZADO Y MATRIZ INFORMACIÓN CUANTITATIVA Y CUALITATIVA CON EL REGISTRO CORRESPONDIENTE. 16.1 Actividad: Desarrollé y actualicé ejercicios de cartografía y matrices de información territorial. 16.2 Evidencia: Mapas elaborados, matrices diligenciadas y registros de información territorial.
17	OBLIGACIÓN 17. PARTICIPÉ EN EL COMITÉ TERRITORIAL PARA LA REVISIÓN Y ANÁLISIS DE INFORMACIÓN COMO CARTOGRAFÍA, MATRIZ, INFORME Y CONCLUSIONES DEL COMITÉ DE CUIDADO. 17.1 Actividad: Participé activamente en comités territoriales para análisis de información y toma de decisiones. 17.2 Evidencia: Actas, listados de asistencia y conclusiones generadas en comité.
18	OBLIGACIÓN 18. REALICÉ EL REGISTRO DE LAS ACTIVIDADES EN LOS INSTRUMENTOS DEFINIDOS PARA CAPTURA DE INFORMACIÓN CON CALIDAD. 18.1 Actividad: Registré completa y oportunamente las actividades en instrumentos físicos y digitales definidos por la Secretaría Distrital de Salud. 18.2 Evidencia: Planillas diligenciadas, consentimientos informados y registros en aplicativo.
19	OBLIGACIÓN 19. GESTIONÉ Y ACTIVÉ LOS RIESGOS EN SALUD IDENTIFICADOS CON OPORTUNIDAD A TRAVÉS DEL AGENDAMIENTO, ACTIVACIONES DE RUTA O FORMATOS DE NOTIFICACIÓN DE EVENTOS DE INTERÉS EN SALUD PÚBLICA SEGÚN CORRESPONDIÓ. 19.1 Actividad: Gestioné riesgos identificados mediante activación de rutas y remisiones correspondientes. 19.2 Evidencia: Formatos de remisión, activaciones realizadas y seguimientos efectuados.
20	OBLIGACIÓN 20. CUMPLÍ, SEGÚN MI PERFIL Y RESPONSABILIDADES ASIGNADAS, CON TODAS LAS OBLIGACIONES ESTABLECIDAS EN EL ANEXO TÉCNICO DEL CONVENIO MÁS BIENESTAR VIGENTE, SUSCRITO ENTRE EL FDS Y LA SUBRED, ASÍ COMO CON LOS LINEAMIENTOS TÉCNICOS Y OPERATIVOS DERIVADOS DEL MISMO. 20.1 Actividad: Cumplí integralmente las actividades y responsabilidades asignadas conforme a los lineamientos técnicos y operativos del convenio. 20.2 Evidencia: Informes, soportes documentales, actas y validación de cumplimiento por supervisión.

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 (2026-05-01) AL (2026-05-31)

IV. INFORMACIÓN DE APORTES A SEGURIDAD SOCIAL

No. DE PLANILLA:	N° 9504599120	OPERADOR:	APORTES EN LINEA
CONCEPTO DEL PAGO	ENTIDAD	FECHA DE PAGO	VALOR PAGADO
SALUD:	SANITAS	2026/05/12	$ 218.900
PENSIÓN:	PROTECCION	2026/05/12	$ 280.200
RIESGOS LABORALES:	SURA	2026/05/12	$ 42.700
OTRO			
TOTAL PAGADO			$ 541.800

V. DECLARACIONES DEL CONTRATISTA	
Que desarrollé las actividades descritas en el informe anexo, dentro del período de cobro. - 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	**YESICA PAOLA PIAMONTE SALAZAR** **CC: 1023014753**
FIRMA DE QUIEN VALIDA	**LUZ ADRIANA CALDERON RAMIREZ** **SUPERVISOR ALTERNO**
FIRMA DE QUIEN CONVALIDA EL CUMPLIMIENTO DE LAS OBLIGACIONES PARA EL PRESENTE PERIODO DE PAGO	**LIDA ESPERANZA MONTENEGRO PARRA** **SUPERVISOR DEL CONTRATO**