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: (31-05-2026)					
NOMBRES Y APELLIDOS:	**MARIA ELVIRA SANCHEZ SUAREZ**			**CC:**	**1020775892**
CORREO ELECTRÓNICO:	**mss_1515@hotmail.com**			**TELÉFONO:**	**3222641765**
DIRECCIÓN DOMICILIO:	**KR 1 B 192 B 11**			**CIUDAD:**	**BOGOTA**
BANCO AL CUAL CONSIGNAR:	**BBVA COLOMBIA**	**TIPO DE CUENTA:**	**AHORROS**	**N° CUENTA:**	**0138167523**
DATOS DEL CONTRATO O ADICION Y PERIODO OBJETO DE PAGO					
Nº DEL CONTRATO:	**PS 4055 2026**	**VALOR CORRESPONDIENTE AL PERIODO OBJETO DE COBRO**			**$ 3.586.990**
FECHA DE INICIO CONTRATO	**2026/05/12**	**FECHA DE TERMINACIÓN CONTRATO:**			**2026/06/30**
PERIODO OBJETO DE COBRO:	**DEL 2026/05/13 AL 2026/05/31**				

MARIA ELVIRA SANCHEZ SUAREZ
PS_4055_2026_59F199

NOMBRE Y FIRMA DEL CONTRATISTA:
MARIA ELVIRA SANCHEZ SUAREZ
CC: 1020775892
CEL: 3222641765

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			
MARIA ELVIRA SANCHEZ SUAREZ			
	CON C.C N°	**1.020.775.892**	
OBJETO DEL CONTRATO:	PRESTAR SERVICIOS COMO ENFERMERO A PARA DESARROLLAR ACTIVIDADES EN LA DIRECCION DE SERVICIOS AMBULATORIOS DE LA SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS EN SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E. EBS DE MINISTERIO DE SALUD Y PROTECCION SOCIAL SEGUN RESOLUCION 711 24 04 2025.		
CONTRATO DE PRESTACION DE SERVICIOS PROFESIONALES No.	**PS 4055 2026**	**FECHA INICIO CONTRATO**	**2026/05/12**
VALOR INICIAL DEL CONTRATO	$ 4.000.037	**No. HORAS EJECUTADAS**	**110**
VALOR TOTAL DEL CONTRATO INCLUIDO ADICIONES:	$ 10.000.093	**VALOR DE HONORARIOS PERÍODO A CERTIFICAR:**	$ 3.586.990
PLAZO DEL CONTRATO INCLUYENDO PRORROGAS	DOS (2) MESES		
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	REALIZAR LA APROPIACIÓN CONCEPTUAL, TÉCNICA Y OPERATIVA DE LA RESOLUCIÓN 00000711 DEL 24 DE ABRIL DE 2025, LA RESOLUCIÓN 3280 DE 2018 (RPMS), EL LINEAMIENTO TÉCNICO-OPERATIVO DE EQUIPOS BÁSICOS DE SALUD: CONFORMACIÓN, OPERACIÓN Y SEGUIMIENTO, ASÍ COMO DE TODAS AQUELLAS 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	PARTICIPAR DE FORMA INDELEGABLE EN LAS CAPACITACIONES, ASISTENCIAS TÉCNICAS Y PROCESOS FORMATIVOS RELACIONADOS CON LOS APLICATIVOS INSTITUCIONALES (GTAPS, DINÁMICA GERENCIAL Y DEMÁS SISTEMAS DEFINIDOS), GARANTIZANDO SU CORRECTA APLICACIÓN EN LA EJECUCIÓN DE LAS ACTIVIDADES CONTRACTUALES.
3	APOYAR TÉCNICA Y OPERATIVAMENTE LOS ESPACIOS INSTITUCIONALES Y PROCESOS FORMATIVOS CUANDO SEA REQUERIDO POR LA COORDINACIÓN O SUPERVISIÓN, SIN QUE ELLO GENERE RECONOCIMIENTO ECONÓMICO ADICIONAL DISTINTO AL PACTADO EN EL CONTRATO.
4	VERIFICAR PREVIAMENTE QUE LOS USUARIOS A INTERVENIR SE ENCUENTREN CARACTERIZADOS EN EL APLICATIVO GTAPS EN MODALIDAD EXTRAMURAL Y REALIZAR LA ATENCIÓN EN LAS MODALIDADES INTRAMURAL Y EXTRAMURAL SEGÚN CORRESPONDA, CONFORME AL LINEAMIENTO TÉCNICO-OPERATIVO DE EBS.
5	REALIZAR LA VALORACIÓN INTEGRAL DE LA POBLACIÓN ASIGNADA DE ACUERDO CON EL CURSO DE VIDA, IDENTIFICANDO, CLASIFICANDO Y PRIORIZANDO EL RIESGO EN SALUD, GARANTIZANDO EL CUMPLIMIENTO DE LOS TIEMPOS DE RESPUESTA DEFINIDOS SEGÚN EL NIVEL DE RIESGO IDENTIFICADO.
6	.EJECUTAR ATENCIONES INDIVIDUALES DE ENFERMERÍA CONFORME A LA RESOLUCIÓN 3280 DE 2018, CUMPLIENDO LOS ESTÁNDARES DE CONSULTA AUTORIZADOS POR LAS EAPB Y DILIGENCIANDO DE MANERA CORRECTA Y COMPLETA LOS DIAGNÓSTICOS CIE-10, RECONOCIENDO QUE TODOS LOS PRODUCTOS SON SUJETOS DE AUDITORÍA.
7	ELABORAR, CONCERTAR, IMPLEMENTAR Y REGISTRAR EL PLAN DE CUIDADO PRIMARIO POR INDIVIDUO Y POR FAMILIA, DE ACUERDO CON LOS HALLAZGOS IDENTIFICADOS DURANTE LA ATENCIÓN, INCORPORANDO RECOMENDACIONES, COMPROMISOS Y ACCIONES ESPECÍFICAS. DICHO PLAN DEBERÁ SER CLARO, CONCRETO Y PERTINENTE, ESTAR DIRECCIONADO A LA CONDICIÓN PARTICULAR DEL USUARIO Y SU ENTORNO FAMILIAR, Y REGISTRARSE DE MANERA OPORTUNA EN LOS APLICATIVOS Y SISTEMAS DE INFORMACIÓN ESTABLECIDOS, VEINTICUATRO (24) HORAS POSTERIORES A LA ATENCIÓN.
8	GARANTIZAR LA REALIZACIÓN Y REGISTRO DE ANAMNESIS, REVISIÓN POR SISTEMAS, ANTECEDENTES, EVALUACIÓN DE RIESGOS, EXAMEN FÍSICO, ANÁLISIS DE HALLAZGOS, DIAGNÓSTICO Y PLAN DE MANEJO, DE CONFORMIDAD CON EL PERFIL PROFESIONAL DE ENFERMERÍA Y LOS LINEAMIENTOS TÉCNICOS VIGENTES.
9	REGISTRAR DE MANERA COMPLETA, VERAZ, CONSISTENTE Y CON CALIDAD DEL DATO LA TOTALIDAD DE LAS ATENCIONES REALIZADAS EN GTAPS, DINÁMICA GERENCIAL Y LOS DEMÁS SISTEMAS DE INFORMACIÓN DEFINIDOS, EN CUMPLIMIENTO DE LA RESOLUCIÓN 3280 DE 2018 Y LOS LINEAMIENTOS DE LA ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD, GARANTIZANDO SU REGISTRO DENTRO DE LAS VEINTICUATRO (24) HORAS POSTERIORES A LA ATENCIÓN.
10	PROGRAMAR, EJECUTAR Y REGISTRAR LOS SEGUIMIENTOS SEGÚN LA CLASIFICACIÓN FAMILIAR (ALTA, MEDIA Y BAJA) Y EL TIPO DE FAMILIA (1, 2, 3 Y 4), CONFORME A LA PERIODICIDAD Y MODALIDAD ESTABLECIDA EN EL LINEAMIENTO TÉCNICO-OPERATIVO DE EBS.

11	IDENTIFICAR DE MANERA OPORTUNA EVENTOS DE INTERÉS EN SALUD PÚBLICA, VIOLENCIA O CONDUCTA SUICIDA, Y DILIGENCIAR Y REMITIR LAS FICHAS DE NOTIFICACIÓN CORRESPONDIENTES (SIVIGILA, SIVIM, SISVECOS) DENTRO DE LAS PRIMERAS VEINTICUATRO (24) HORAS POSTERIORES A LA INTERVENCIÓN.
12	IDENTIFICAR RIESGOS EN SALUD Y/O SOCIALES Y DILIGENCIAR EL FORMATO DE CANALIZACIÓN SIRC DE MANERA OPORTUNA, COMPLETA Y CON CALIDAD DEL DATO, DENTRO DE LAS VEINTICUATRO (24) HORAS POSTERIORES A LA ATENCIÓN.
13	VERIFICAR QUE LOS USUARIOS HAYAN RECIBIDO LAS ATENCIONES OBLIGATORIAS SEGÚN SU CURSO DE VIDA Y, EN CASO DE INCUMPLIMIENTO, REALIZAR LA ORDEN O CANALIZACIÓN CORRESPONDIENTE, DE ACUERDO CON LOS LINEAMIENTOS TÉCNICOS VIGENTES.
14	REALIZAR ACCIONES PROPIAS DE SU PERFIL PROFESIONAL EN ENFERMERÍA EN LAS MODALIDADES INTRAMURAL Y EXTRAMURAL, CUANDO SE REQUIERA, DE ACUERDO CON LAS NECESIDADES DEL SERVICIO, LA CARACTERIZACIÓN DE LA POBLACIÓN, LOS LINEAMIENTOS TÉCNICOS VIGENTES Y LAS DIRECTRICES DE LA SUBRED.
15	ASISTIR DE MANERA OBLIGATORIA Y OPORTUNA A COMITÉS SEMANALES O MENSUALES, REUNIONES DE SEGUIMIENTO, JORNADAS DE CAPACITACIÓN Y CONVOCATORIAS ADMINISTRATIVAS PROGRAMADAS, DEJANDO CONSTANCIA Y SOPORTES DE PARTICIPACIÓN.
16	RECIBIR, CUSTODIAR, UTILIZAR Y RESPONDER POR EL ADECUADO MANEJO DE LOS EQUIPOS, INSUMOS Y DEMÁS BIENES INSTITUCIONALES ASIGNADOS PARA EL DESARROLLO DE SUS FUNCIONES, GARANTIZANDO SU CONSERVACIÓN, USO CONFORME Y DEVOLUCIÓN EN LOS TÉRMINOS ESTABLECIDOS POR LA ENTIDAD.
17	GARANTIZAR EL USO RESPONSABLE, RESERVADO Y CONFIDENCIAL DE LOS USUARIOS Y CONTRASEÑAS ASIGNADOS, ENTREGÁNDOLOS JUNTO CON LOS SOPORTES FÍSICOS Y MAGNÉTICOS AL FINALIZAR EL CONTRATO.

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 (2026-05-13) AL (2026-05-31)

IV. INFORMACIÓN DE APORTES A SEGURIDAD SOCIAL

No. DE PLANILLA:	N°	OPERADOR:	
CONCEPTO DEL PAGO	ENTIDAD	FECHA DE PAGO	VALOR PAGADO
SALUD:	COMPENSAR		$ 0
PENSIÓN:	PORVENIR		$ 0
RIESGOS LABORALES:	SURA		$ 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

MARIA ELVIRA SANCHEZ SUAREZ

PS_4055_2026_59F199

MARIA ELVIRA SANCHEZ SUAREZ

CC: 1020775892

FIRMA DE QUIEN CONVALIDA EL CUMPLIMIENTO DE LAS OBLIGACIONES PARA EL PRESENTE PERIODO DE PAGO	 *LUZ MARINA HERNANDEZ HERNANDEZ* *PS_4055_2026_59F199* **LUZ MARINA HERNANDEZ HERNANDEZ** **SUPERVISOR DEL CONTRATO**