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: (30-06-2026)					
NOMBRES Y APELLIDOS:	**LAURA DANIELA BELTRAN LAGOS**			**CC:**	**1000619875**
CORREO ELECTRÓNICO:	**LAURABELTRANYO58526@GMAIL.COM**			**TELÉFONO:**	**3192190922**
DIRECCIÓN DOMICILIO:	**KR 5Q 49A 18 SUR**			**CIUDAD:**	**BOGOTA**
BANCO AL CUAL CONSIGNAR:	**BANCO DAVIVIENDA S.A.**	**TIPO DE CUENTA:**	**AHORROS**	**N° CUENTA:**	**488435541435**
DATOS DEL CONTRATO O ADICION Y PERIODO OBJETO DE PAGO					
Nº DEL CONTRATO:	**PS 4297 2026**	**VALOR CORRESPONDIENTE AL PERIODO OBJETO DE COBRO**			**$ 1.490.400**
FECHA DE INICIO CONTRATO	**2026/06/12**	**FECHA DE TERMINACIÓN CONTRATO:**			**2026/07/31**
PERIODO OBJETO DE COBRO:	**DEL 2026/06/16 AL 2026/06/30**				

LAURA DANIELA BELTRAN LAGOS
PS_4297_2026_23BC76

NOMBRE Y FIRMA DEL CONTRATISTA:
LAURA DANIELA BELTRAN LAGOS
CC: 1000619875
CEL: 3192190922

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			
LAURA DANIELA BELTRAN LAGOS			
	CON C.C N°	**1.000.619.875**	
OBJETO DEL CONTRATO:	PRESTAR SERVICIOS DE APOYO A LA GESTION COMO GESTOR TECNICO MAS BIENESTAR PARA DESARROLLAR ACTIVIDADES EN LA DIRECCION DE GESTION 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 EN TU HOGAR		
CONTRATO DE PRESTACION DE SERVICIOS PROFESIONALES No.	**PS 4297 2026**	**FECHA INICIO CONTRATO**	**2026/06/12**
VALOR INICIAL DEL CONTRATO	$ 4.868.640	**No. HORAS EJECUTADAS**	**92**
VALOR TOTAL DEL CONTRATO INCLUIDO ADICIONES:	$ 4.868.640	**VALOR DE HONORARIOS PERÍODO A CERTIFICAR:**	$ 1.490.400
PLAZO DEL CONTRATO INCLUYENDO PRORROGAS	UN (01) MES Y DIECINUEVE (19) DIAS		
UNIDAD FUNCIONAL DE EJECUCIÓN DE ACTIVIDADES:	SEDE ADMINISTRATIVA SAN JOSE OBRERO		
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	1. OBLIGACION: ORIENTAR A LOS USUARIOS DERIVADOS DESDE LA LÍNEA 137 SOBRE LA RUTA DE ATENCIÓN CORRESPONDIENTE, DE ACUERDO CON SU NECESIDAD EN SALUD Y EL NIVEL DE PRIORIDAD IDENTIFICADO. 1.1 ACTIVIDAD DESARROLLADA: ORIENTE A LOS USUARIOS DE TRIAGE 4 Y 5 SOBRE LA RUTA DE ATENCION DE LA LINEA 137 Y SE LES AYUDA A PEDIR CITAS PRIORITARIAS CON SU MISMA EAPB. 1.2PRODUCTO(EVIDENCIA): REGISTRE INFORMACION EN EL APLICATIVO GITAPPS.
2	2.OBLIGACION: EDUCAR AL CIUDADANO SOBRE EL USO ADECUADO DE LOS SERVICIOS DE URGENCIAS, CONSULTA PRIORITARIA, CONSULTA EXTERNA Y CANALES DE ORIENTACIÓN DISPONIBLES. .2.1 ACTIVIDAD: DESARROLLADA: EDUQUE AL USUARIO SOBRE EL USO DE URGENCIAS DE LOS HOSPITALES DE ALTA CONPLEJIDAD Y VITALIDAD PARA LOS TIAGES 1,2 Y 3 Y SE ELE INFORMA SOBRE LA LINEA 137. 2.2PRODUCTO (EVIDENCIAS): REGISTRE INFORMACION EN ACTAS DIARIAS.
3	3.OBLIGACION: VERIFICAR CON LA IPS LA ASIGNACIÓN Y ATENCIÓN EFECTIVA DEL USUARIO, CONFIRMANDO OPORTUNIDAD, MODALIDAD DE ATENCIÓN, LUGAR, FECHA Y HORA DE LA CITA O SERVICIO ASIGNADO. 3.1 ACTIVIDAD DESARROLLADA: REALICE VERIFICACION Y ACEPTACION DE LA CITA PRIORITARIA LUGAR HORA Y DIA DE LA CITA. 3.2 PRODUCTO(EVIDENCIA): REALICE CARGE DE INFORMACION EN GITAPPS.
4	4. OBLIGACION: VERIFICAR LA OCUPACIÓN DE LOS SERVICIOS DE URGENCIAS Y PROMOVER LA PUBLICIDAD INSTITUCIONAL DE LA LÍNEA 137 EN LAS IPS, ASEGURANDO QUE LA INFORMACIÓN SEA VISIBLE, CLARA Y ACTUALIZADA; ASÍ MISMO, NOTIFICAR LAS NOVEDADES RELACIONADAS CON AGENDAMIENTOS LEJANOS O FALTA DE OPORTUNIDAD EN LA ATENCIÓN POR PARTE DE LA EAPB. 4.1 ACTIVIDAD DESARROLLADA: REALICE PROMOCION DE LA LINEA 137 PARA LOS TRIAGES 4 Y 5 QUE HAN INGRESADO POR URGENCIAS Y SE HACE VERIFICACION DE LA OCUPACION DE URGENCIAS. 4.2PRODUCTO(EVIDENCIA): REGISTRE INFORMACION EN ACTAS DIARIAS.
5	5.OBLIGACION: CUMPLIR CON LOS PROTOCOLOS INSTITUCIONALES DE REFERENCIA Y CONTRARREFERENCIA .5.1 ACTIVIDAD DESARROLLADA: REALICE CUMPLIMIENTO CON LOS PROTOCOLOS QUE REQUIERE LA INSTITUCION Y EN EL AREA DE URGENCIAS. 5.2PRODUCTO(EVIDENCIAS): REGISTRE INFORMACION EN ACTAS DIARIAS.
6	6.OBLIGACION: MANTENER TRATO HUMANIZADO, RESPETUOSO Y DIGNO HACIA EL PACIENTE Y SUS ACOMPAÑANTES DURANTE TODO EL PROCESO. 6.1 ACTIVIDADE DESARROLLADA: MANTUVE UNA MARGEN DE TRATO RESPETUOSO, AMABLE, HUMANIZADOY DIGANO PARA LOS USUARIOS QUE INGRESAN A UREGENCIAS Y CON EL PERSONAL DE LA INSTITUCION. 6.2PRODUCTO(EVIDENCIAS): REGISTRE INFORMACION EN ACTAS DIARIAS.
7	7. OBLIGACION: Y LAS DEMÁS ACTIVIDADES TÉCNICAS Y ADMINISTRATIVAS QUE LE SEAN ASIGNADAS, RELACIONADAS CON LA NATURALEZA DEL OBJETO CONTRACTUAL Y EL CUMPLIMIENTO DE LOS OBJETIVOS DE LA DIRECCIÓN DE GESTIÓN DEL RIESGO. 7.1ACTIVIDADES DESARROLLADAS: REALICE ACTIVIDADES TECNICAS DIARIAMENTE EN LA MISMA INSTITUCION COMO ACTAS QUE SE RELACIONA DIA A DIA EN LA EJECUCION DEL TRABAJO DE URGENCIAS. 7.2PRODUCTO(EVIDENCIAS): REGISTRE INFORMACION EN ACTAS DIARIAS

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 (2026-06-16) AL (2026-06-30)

IV. INFORMACIÓN DE APORTES A SEGURIDAD SOCIAL

No. DE PLANILLA:	N°	OPERADOR:	
CONCEPTO DEL PAGO	ENTIDAD	FECHA DE PAGO	VALOR PAGADO
SALUD:	FAMISANAR		$ 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	*LAURA DANIELA BELTRAN LAGOS* *PS_4297_2026_23BC76* **LAURA DANIELA BELTRAN LAGOS** **CC: 1000619875**
FIRMA DE QUIEN VALIDA	*LUZ ADRIANA CALDERON RAMIREZ* *PS_4297_2026_23BC76* **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* *PS_4297_2026_23BC76* **LIDA ESPERANZA MONTENEGRO PARRA** **SUPERVISOR DEL CONTRATO**