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:	**KEILY YULIETH COPETE CAICEDO**			**CC:**	**1076383980**
CORREO ELECTRÓNICO:	**KEYU112330@GMAIL.COM**			**TELÉFONO:**	**3225253415**
DIRECCIÓN DOMICILIO:	**KR 32 10A 77**			**CIUDAD:**	**BOGOTA**
BANCO AL CUAL CONSIGNAR:	**BANCO CAJA SOCIAL**	**TIPO DE CUENTA:**	**AHORROS**	**N° CUENTA:**	**24139012527**
DATOS DEL CONTRATO O ADICION Y PERIODO OBJETO DE PAGO					
Nº DEL CONTRATO:	**PS 7485 2025**	**VALOR CORRESPONDIENTE AL PERIODO OBJETO DE COBRO**			**$ 2.980.800**
FECHA DE INICIO CONTRATO	**2025/10/09**	**FECHA DE TERMINACIÓN CONTRATO:**			**2026/07/31**
PERIODO OBJETO DE COBRO:	**DEL 2026/05/01 AL 2026/05/31**				

KEILY YULIETH COPETE CAICEDO
PS_7485_2025_D73D89

NOMBRE Y FIRMA DEL CONTRATISTA:
KEILY YULIETH COPETE CAICEDO
CC: 1076383980
CEL: 3225253415

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			
KEILY YULIETH COPETE CAICEDO			
	CON C.C N°	**1.076.383.980**	
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 7485 2025**	**FECHA INICIO CONTRATO**	**2025/10/09**
VALOR INICIAL DEL CONTRATO	$ 2.285.280	**No. HORAS EJECUTADAS**	**184**
VALOR TOTAL DEL CONTRATO INCLUIDO ADICIONES:	$ 32.352.480	**VALOR DE HONORARIOS PERÍODO A CERTIFICAR:**	$ 2.980.800
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	1. OBLIGACIÓN: Prestar sus servicios con calidad y oportunidad para el desarrollo de las actividades del convenio "Más Bienestar - Equipos Básicos Extramurales", suscrito entre el FDS y la Subred. 1.1 Actividades desarrolladas: Presté servicio a las familias realizando toma de signos vitales a cada integrante para identificar su estado de salud y dar respuesta a los riesgos identificados.1.2 Producto (Evidencia): Registro del 100% de las visitas realizadas en el aplicativo GTAPS.
2	2. OBLIGACIÓN: Presentar mensualmente el cronograma de actividades a desarrollar; adicionalmente, al finalizar el mes, se debe entregar un informe de las actividades desarrolladas para la ejecución de sus actividades. 2.1 Actividades desarrolladas: Generé mensualmente un cronograma de actividades donde se refleja la labor diaria realizada con los usuarios del programa "Más Bienestar". 2.2 Producto (Evidencia): Cronograma de actividades mensual y planilla de firmas.
3	3. OBLIGACIÓN: Apoyar la prestación de servicios en el convenio "Más Bienestar - Equipos Básicos Extramurales", presentando la información y/o soportes solicitados conforme a los anexos y lineamientos técnicos del convenio vigente. 3.1 Actividades desarrolladas: Presenté la información diaria y los soportes requeridos de cada una de las atenciones para llevar la información acorde a cada uno de nuestros usuarios. 3.2 Producto (Evidencia): Registro de cada una de las visitas en el aplicativo GTAPS con calidad y oportunidad
4	4. OBLIGACIÓN: Apoyar las actividades inherentes al objeto del contrato para el mejoramiento continuo de la calidad y aquellas definidas dentro de los planes de mejoramiento de los estándares de habilitación y acreditación. 4.1 Actividades desarrolladas: Apoyé las actividades inherentes al objeto del contrato para el mejoramiento continuo de calidad y los estándares de habilitación y acreditación de servicios de salud. 4.2 Producto (Evidencia): Firmas en actas y listados de asistencia de las diferentes actividades.
5	5. OBLIGACIÓN: Realizar apropiación conceptual desde su perfil con los anexos y lineamientos técnicos del convenio "Más Bienestar - Equipos Básicos Extramurales". 5.1 Actividades desarrolladas: Realicé la apropiación desde mi perfil de los anexos y lineamientos técnicos del convenio "Más Bienestar". 5.2 Producto (Evidencia): Actas de apropiación del documento operativo.
6	6. OBLIGACIÓN: Desarrollar procesos de asistencia técnica desde los diferentes procesos del convenio conforme a su saber disciplinar y profesional. 6.1 Actividades desarrolladas: Desarrollé procesos de asistencia técnica conforme a mis saberes disciplinares en función de los requerimientos de procesos transversales. 6.2 Producto (Evidencia): Firma en los listados de asistencia.
7	7. OBLIGACIÓN: Realizar la revisión, alistamiento y entrega con calidad de cada uno de los formatos, documentos, bases o informes generados. 7.1 Actividades desarrolladas: Registré la información en el aplicativo GTAPS dentro de las primeras 24 horas tras la atención. 7.2 Producto (Evidencia): Descarga del archivo plano.
8	8. OBLIGACIÓN: Participar y gestionar los acercamientos comunitarios e institucionales que se requieran. 8.1 Actividades desarrolladas: Organicé la revisión, alistamiento y entrega de formatos (planillas de firmas) y bases de información generadas en terreno con los usuarios. 8.2 Producto (Evidencia): Actas debidamente firmadas y listados de asistencia

9	9. OBLIGACIÓN: Activar y notar los eventos de interés en salud pública (EISP) detectados en cada una de sus intervenciones. 9.1 Actividades desarrolladas: Asistí diariamente a los territorios acordados para abordar a la mayoría de usuarios de la localidad asignada. 9.2 Producto (Evidencia): Ficha de notificación dependiendo del caso identificado en el abordaje diario.
10	10. OBLIGACIÓN: Participar en las asistencias técnicas convocadas por la SDS. 10.1 Actividades desarrolladas: Participé en las asistencias técnicas convocadas por la SDS para verificar la calidad de los procesos y asegurar la ausencia de errores. 10.2 Producto (Evidencia): Firma en listados de asistencia
11	11. OBLIGACIÓN: Organizar el archivo de la documentación generada de acuerdo con la normatividad y tablas de retención documental (TRD). 11.1 Actividades desarrolladas: Organicé el archivo de la documentación generada durante el periodo. 11.2 Producto (Evidencia): Firma en listados de asistencia / Inventario documental.
12	12. OBLIGACIÓN: Realizar las demás obligaciones que se relacionen con el objeto del contrato y que sean requeridas por la supervisión. 12.1 Actividades desarrolladas: Realicé las demás obligaciones relacionadas con el objeto contractual requeridas por la supervisión. 12.2 Producto (Evidencia): Asistencias y firmas en los listados.
13	13. OBLIGACIÓN: Realizar caracterización sociodemográfica a completitud, con calidad y veracidad, realizando los tamizajes correspondientes (APGAR, medidas antropométricas Res. 3280/2018, FINDRISC, EPOC). 13.1 Actividades desarrolladas: Realicé caracterizaciones sociodemográficas realizando los tamizajes correspondientes: APGAR familiar, toma de medidas antropométricas, FINDRISC y cuestionario de EPOC. 13.2 Producto (Evidencia): Descarga del archivo plano
14	14. OBLIGACIÓN: Diligenciar la información de la caracterización en el aplicativo GTAPS diariamente dentro de las primeras 24 horas. 14.1 Actividades desarrolladas: Diligencié la información de la caracterización sociodemográfica en el aplicativo GTAPS con veracidad y calidad del dato. 14.2 Producto (Evidencia): Meta al 100% registrada en el aplicativo GTAPS.
15	15. OBLIGACIÓN: Preparar cronograma de actividades e insumos (mapas base, matrices, cartografía). 15.1 Actividades desarrolladas: Presenté el cronograma de actividades e insumos preparados (mapas, matrices y datos poblacionales). 15.2 Producto (Evidencia): Entrega de mapas semaforizados por colores para identificar zonas de alto riesgo.
16	16. OBLIGACIÓN: Presentar mapa con registro del ejercicio de cartografía realizado por el gestor. 16.1 Actividades desarrolladas: Presenté el mapa con el registro del ejercicio realizado en territorio para lograr la cobertura de la localidad. 16.2 Producto (Evidencia): Entrega de mapas territoriales.
17	17. OBLIGACIÓN: Participar en el comité territorial para revisión y análisis de información. 17.1 Actividades desarrolladas: Participé en el comité territorial mensual para aclarar dudas, revisar informes y analizar el avance del proceso. 17.2 Producto (Evidencia): Firmas en los listados de asistencia.
18	18. OBLIGACIÓN: Realizar el registro de actividades en instrumentos definidos (Planilla de familias, consentimiento informado). 18.1 Actividades desarrolladas: Realicé el registro de actividades en los instrumentos de captura de información y aplicativo en línea de la SDS. 18.2 Producto (Evidencia): Entrega de consentimientos informados firmados.
19	19. OBLIGACIÓN: Gestionar y activar 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 corresponda. 19.1 Actividades desarrolladas: Gestioné y activé los riesgos en salud identificados a través de agendamiento y rutas de notificación. 19.2 Producto (Evidencia): Registro en el plan de cuidado de citas agendadas y registro en el aplicativo GTAPS.
20	20. OBLIGACIÓN: Cumplir, según su 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 que de este se deriven. 20.1 Actividades desarrolladas: Cumplí con las responsabilidades asignadas en el anexo técnico del convenio "Más Bienestar". 20.2 Producto (Evidencia): Meta al 100% con calidad y veracidad en los planos de descarga y usuarios derivados en el módulo de alertas.

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° 1081255914	OPERADOR:	SIMPLE
CONCEPTO DEL PAGO	ENTIDAD	FECHA DE PAGO	VALOR PAGADO
SALUD:	NUEVA EPS	2026/05/13	$ 218.900

PENSIÓN:	PORVENIR	2026/05/13	$ 280.200
RIESGOS LABORALES:	POSITIVA	2026/05/13	$ 42.700
OTRO			
TOTAL PAGADO			$ 541.800

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	*KEILY YULIETH COPETE CAICEDO* *PS_7485_2025_D73D89* **KEILY YULIETH COPETE CAICEDO** **CC: 1076383980**
FIRMA DE QUIEN VALIDA	*LUZ ADRIANA CALDERON RAMIREZ* *PS_7485_2025_D73D89* **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_7485_2025_D73D89* **LIDA ESPERANZA MONTENEGRO PARRA** **SUPERVISOR DEL CONTRATO**