**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: (31-07-2026)** | | | | | |
| **NOMBRES Y APELLIDOS:** | **KAREN MICHELLE PACHON MELO** | | | **CC:** | **1065850832** |
| **CORREO ELECTRÓNICO:** | **MICHELLE140214@HOTMAIL.COM** | | | **TELÉFONO:** | **3046160881** |
| **DIRECCIÓN DOMICILIO:** | **KR 26 BIS 76 78 SUR** | | | **CIUDAD:** | **BOGOTA** |
| **BANCO AL CUAL CONSIGNAR:** | **BANCOLOMBIA** | **TIPO DE CUENTA:** | **AHORROS** | **N° CUENTA:** | **20300003242** |
| **DATOS DEL CONTRATO O ADICION Y PERIODO OBJETO DE PAGO** | | | | | |
| **Nº DEL CONTRATO:** | **PS 4127 2026** | **VALOR CORRESPONDIENTE AL PERIODO OBJETO DE COBRO** | | | **$ 2.500.008** |
| **FECHA DE INICIO CONTRATO** | **2026/05/27** | **FECHA DE TERMINACIÓN CONTRATO:** | | | **2026/07/31** |
| **PERIODO OBJETO DE COBRO:** | **DEL 2026/07/01 AL 2026/07/31** | | | | |

*KAREN MICHELLE PACHON MELO*
*PS_4127_2026_59884A*

**NOMBRE Y FIRMA DEL CONTRATISTA:**
**KAREN MICHELLE PACHON MELO**
**CC: 1065850832**
**CEL: 3046160881**

| | | |
|---|---|---|
| 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**<br>**APOYO - GESTION DE CONTRATACIÓN**<br>**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**<br>**VERSIÓN: 2**<br>**FECHA: 2025-06-09** |

| | | | |
|---|---|---|---|
| **CELEBRADO ENTRE LA SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E Y** | | | |
| **KAREN MICHELLE PACHON MELO** | | | |
| | **CON C.C N°** | **1.065.850.832** | |
| **OBJETO DEL CONTRATO:** | PRESTAR SERVICIOS COMO AUXILIAR DE ENFERMERIA 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 DE ABRIL 2025. | | |
| **CONTRATO DE PRESTACION DE SERVICIOS PROFESIONALES No.** | **PS 4127 2026** | **FECHA INICIO CONTRATO** | **2026/05/27** |
| **VALOR INICIAL DEL CONTRATO** | $ 2.916.676 | **No. HORAS EJECUTADAS** | **184** |
| **VALOR TOTAL DEL CONTRATO INCLUIDO ADICIONES:** | $ 5.000.016 | **VALOR DE HONORARIOS PERÍODO A CERTIFICAR:** | $ 2.500.008 |
| **PLAZO DEL CONTRATO INCLUYENDO PRORROGAS** | TRES (3) 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**<br>**(Deben ser coherentes con las obligaciones específicas del contrato realizadas durante el mes)** |
|---|---|
| 1 | Se realizó la apropiación conceptual, técnica y operativa de la Resolución 711 del 24 de abril de 2025, la Resolución 3280 de 2018, el Lineamiento Técnico-Operativo de Equipos Básicos de Salud y demás normas complementarias, mediante la participación en jornadas de capacitación, lectura de lineamientos y aplicación de los conocimientos durante las actividades desarrolladas en territorio en los barrios Suramericana, Bello Horizonte y Barcelona de la localidad de San Cristóbal, fortaleciendo la Atención Primaria en Salud (APS) y el Modelo Preventivo y Predictivo. |
| 2 | Se participó de manera activa en las capacitaciones relacionadas con el manejo de los aplicativos institucionales GTAPS, Dinámica Gerencial, PAI Web 2.0 y demás plataformas definidas por la Secretaría Distrital de Salud, garantizando el adecuado registro, consulta y seguimiento de las intervenciones realizadas durante las visitas domiciliarias. |
| 3 | Se realizaron visitas de ruteo y búsqueda activa casa a casa para la caracterización sociodemográfica de las familias asignadas, recolectando información sobre composición familiar, condiciones de salud, determinantes sociales, condiciones de vivienda y factores de riesgo, contribuyendo al cumplimiento de las metas institucionales establecidas. |
| 4 | Durante las visitas domiciliarias se aplicaron los tamizajes definidos en el lineamiento técnico, incluyendo APGAR Familiar, toma de peso, talla e índice de masa corporal, valoración antropométrica según la Resolución 3280 de 2018 y lineamientos de la OMS, aplicación del cuestionario FINDRISC, tamizaje para EPOC y diligenciamiento de los formatos y planillas correspondientes. |
| 5 | Se realizó valoración integral de los usuarios durante la atención domiciliaria, identificando factores de riesgo individuales, familiares y ambientales, efectuando canalizaciones y remisiones oportunas al equipo interdisciplinario según el análisis de riesgo, curso de vida y condición de salud, priorizando gestantes, menores de cinco años, adultos mayores, personas con enfermedades crónicas, personas con discapacidad y cuidadores. |
| 6 | Se verificó el cumplimiento de las atenciones definidas para cada usuario de acuerdo con su curso de vida y la Resolución 3280 de 2018, identificando usuarios con controles pendientes y orientándolos para el acceso oportuno a los servicios de promoción, mantenimiento y recuperación de la salud. |
| 7 | Se programaron, realizaron y registraron visitas domiciliarias presenciales y seguimientos telefónicos conforme a la clasificación familiar, nivel de riesgo y periodicidad establecida en los lineamientos técnicos, garantizando continuidad en la atención integral de las familias asignadas. |
| 8 | Se identificó población priorizada durante las visitas domiciliarias y se programaron nuevas intervenciones para garantizar la valoración por parte del equipo interdisciplinario, promoviendo el acceso oportuno a las rutas integrales de atención en salud. |
| 9 | Durante las visitas se identificaron usuarios sin afiliación al Sistema General de Seguridad Social en Salud o con inconsistencias en su aseguramiento, remitiendo la información al equipo correspondiente para iniciar el proceso de afiliación. |
| 10 | Se realizaron llamadas telefónicas para confirmar direcciones, actualizar datos de contacto, verificar disponibilidad de los usuarios e informar la fecha programada para la visita domiciliaria, favoreciendo la efectividad de las intervenciones en territorio. |
| 11 | Se diligenciaron de manera completa y oportuna los formatos físicos y los aplicativos institucionales, garantizando registros con calidad, veracidad, oportunidad y completitud dentro de las primeras 24 horas posteriores a cada atención realizada. |
| 12 | Se identificaron riesgos individuales, familiares, sociales y ambientales durante las visitas domiciliarias, diligenciando oportunamente los formatos de canalización correspondientes y notificando los casos que requerían intervención institucional. |
| 13 | Se verificó el cumplimiento de las intervenciones obligatorias establecidas según el curso de vida de cada usuario, realizando educación, orientación y canalización para la programación de controles médicos, de enfermería y demás servicios requeridos. |
| | Se desarrollaron actividades de promoción de la salud y prevención de la enfermedad mediante educación en hábitos de vida saludable, alimentación balanceada, actividad física, salud mental, adherencia al tratamiento, vacunación, autocuidado, prevención de enfermedades crónicas y fortalecimiento de factores protectores durante las visitas domiciliarias realizadas en los barrios Suramericana, Bello Horizonte y Barcelona de |

| | |
|---|---|
| 14 | la localidad de San Cristóbal. |

**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 (2026-07-01) AL (2026-07-31)

IV. INFORMACIÓN DE APORTES A SEGURIDAD SOCIAL

| | | | |
|---|---|---|---|
| No. DE PLANILLA: | N° 93598497 | OPERADOR: | MI PLANILLA |
| CONCEPTO DEL PAGO | ENTIDAD | FECHA DE PAGO | VALOR PAGADO |
| SALUD: | SALUD TOTAL | 2026/07/21 | $ 218.900 |
| PENSIÓN: | PORVENIR | 2026/07/21 | $ 280.200 |
| RIESGOS LABORALES: | POSITIVA | 2026/07/21 | $ 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** | *KAREN MICHELLE PACHON MELO*<br>*PS_4127_2026_59884A*<br>**KAREN MICHELLE PACHON MELO**<br>**CC: 1065850832** |
| **FIRMA DE QUIEN CONVALIDA EL CUMPLIMIENTO DE LAS OBLIGACIONES PARA EL PRESENTE PERIODO DE PAGO** | *LUZ MARINA HERNANDEZ HERNANDEZ*<br>*PS_4127_2026_59884A*<br>**LUZ MARINA HERNANDEZ HERNANDEZ**<br>**SUPERVISOR DEL CONTRATO** |