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-014**
**VERSIÓN: 7**
**FECHA: 2025-06-09**

| DATOS DEL CONTRATISTA | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| FECHA DE DILIGENCIAMIENTO: (31-07-2026) | | | | | |
| NOMBRES Y APELLIDOS: | DIANA ALEXANDRA AYA ARIZA | | | CC: | 1010171557 |
| CORREO ELECTRÓNICO: | Daya.subredcentrooriente@gmail.com | | | TELÉFONO: | 3102673899 |
| DIRECCIÓN DOMICILIO: | kr 12 b 26 a 01 sur | | | CIUDAD: | BOGOTA |
| BANCO AL CUAL CONSIGNAR: | BANCO DAVIVIENDA S.A. | TIPO DE CUENTA: | AHORROS | N° CUENTA: | 000770180941 |
| DATOS DEL CONTRATO O ADICION Y PERIODO OBJETO DE PAGO | | | | | |
| N° DEL CONTRATO: | PS 7616 2025 | VALOR CORRESPONDIENTE AL PERIODO OBJETO DE COBRO | | | $ 2.247.750 |
| FECHA DE INICIO CONTRATO | 2025/10/14 | FECHA DE TERMINACIÓN CONTRATO: | | | 2026/07/31 |
| PERIODO OBJETO DE COBRO: | DEL 2026/07/01 AL 2026/07/31 | | | | |

Diana Aya

**NOMBRE Y FIRMA DEL CONTRATISTA:**
**DIANA ALEXANDRA AYA ARIZA**
**CC: 1010171557**
**CEL: 3102673899**

| | | |
|---|---|---|
| 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** | | | | |
| **DIANA ALEXANDRA AYA ARIZA** | | | | |
| **CON C.C N°** | **1.010.171.557** | | | |
| **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 7616 2025** | **FECHA INICIO CONTRATO** | **2025/10/14** | |
| **VALOR INICIAL DEL CONTRATO** | **$** 1.788.480 | **No. HORAS EJECUTADAS** | 138,75 | |
| **VALOR TOTAL DEL CONTRATO INCLUIDO ADICIONES:** | **$** 36.100.080 | **VALOR DE HONORARIOS PERÍODO A CERTIFICAR:** | **$** 2.247.750 | |
| **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**<br>**(Deben ser coherentes con las obligaciones específicas del contrato realizadas durante el mes)** |
|---|---|
| 1 | OBLIGACION 1: PRESTAR SUS 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 ACTIVIDADES 1.1: Realicé las actividades programadas teniendo en cuenta los lineamientos técnicos brindados por la SDS y la Subred Centro Oriente PRODUCTOS Y/O EVIDENCIAS 1.2: Seguimiento en casos derivados de la estrategia ruteo y caracterización familiar |
| 2 | OBLIGACION 2: PRESENTAR MENSUALMENTE EL CRONOGRAMA DE ACTIVIDADES A DESARROLLAR, ADICIONALMENTE CON LA FINALIZACIÓN DEL MES SE DEBE ENTREGAR UN INFORME DE LAS ACTIVIDADES DESARROLLADAS PARA LA EJECUCIÓN DE SUS ACTIVIDADES. ACTIVIDADES 2.1 Diligencié las planillas mensual donde se evidenció la oportunidad en el desarrollo de las actividades programadas. PRODUCTOS Y/O EVIDENCIAS 2.2 PLANILLAS CON FECHAS Y DILIGENCIAMIENTO OPORTUNO |
| 3 | OBLIGACION 3: APOYAR LA PRESTACIÓN DE SERVICIOS EN EL DEL CONVENIO MAS BIENESTAR EQUIPOS BÁSICOS EXTRAMURALES, PRESENTANDO LA INFORMACIÓN Y/O SOPORTES QUE SE SOLICITE CONFORME A LOS ANEXOS Y LINEAMIENTOS TÉCNICOS DEL CONVENIO VIGENTE Y SUSCRITO ENTRE EL FDS Y LA SUBRED. ACTIVIDADES 3.1 Entregué los soportes con calidad y pertinencia de cada actividad que se desarrolló durante el convenio programadas PRODUCTOS Y/O EVIDENCIAS 3.2 planillas de firmas, digitación en aplicativo gtapps |
| 4 | OBLIGACION 4: APOYAR 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. ACTIVIDADES 4.1 Apoyé en las diferentes jornadas convocadas por líderes, a fin de aportar en el crecimiento de la calidad de la Subred Centro Oriente. PRODUCTOS Y/O EVIDENCIAS 4.2 Jornadas programadas por lideres operativos |
| 5 | OBLIGACION 5: REALIZAR APROPIACIÓN CONCEPTUAL DESDE SU PERFIL CON LOS ANEXOS Y LINEAMIENTOS TÉCNICOS DEL CONVENIO MAS BIENESTAR EQUIPOS BÁSICOS EXTRAMURALES SUSCRITO ENTRE EL FDS Y LA SUBRED. ACTIVIDADES 5.1 realice proceso de lectura de los lineamientos para una adecuada operatividad PRODUCTOS Y/O EVIDENCIAS 5.2 acta de apropiación conceptual |
| 6 | OBLIGACION 6: DESARROLLAR PROCESOS DE ASISTENCIA TÉCNICA DESDE LOS DIFERENTES PROCESOS DEL CONVENIO MAS BIENESTAR EQUIPOS BÁSICOS EXTRAMURALES CONFORME A SU SABER DISCIPLINAR Y PROFESIONAL, EN FUNCIÓN DE LOS REQUERIMIENTOS PROCESOS TRANSVERSALES. ACTIVIDADES 6.1 Asistí a reuniones presenciales y virtuales convocadas por el líder operativo y coordinación del convenio más bienestar en tu hogar PRODUCTOS Y/O EVIDENCIAS 6.2 actas de asistencia a reuniones convocadas |
| 7 | OBLIGACION 7: REALIZAR 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. ACTIVIDADES 7.1 Entregué las planillas debidamente diligenciadas y con la calidad requerida de los productos ejecutados, dentro de la localidad San Cristobal UPZ San Blas Barrio San Cristobal Sur PRODUCTOS Y/O EVIDENCIAS 7.2 planillas de firmas, digitación en aplicativo gtapps |
| 8 | OBLIGACION 8: PARTICIPAR Y GESTIONAR LOS ACERCAMIENTOS COMUNITARIOS E INSTITUCIONALES QUE SE REQUIERAN, PARA EL DESARROLLO DE LAS ACCIONES DE CADA PROCESO. ACTIVIDADES 8.1 Realicé procesos de articulación con diferentes entes en pro del bienestar de la comunidad. PRODUCTOS Y/O EVIDENCIAS 8.2 actas de articulación |

| | |
|---|---|
| 9 | OBLIGACION 9: ACTIVAR Y NOTIFICAR LOS EVENTOS DE INTERÉS EN SALUD PÚBLICA DETECTADOS EN CADA UNA DE SUS INTERVENCIONES. ACTIVIDADES 9.1 Activé las rutas según lo requirió durante la intervención familiar. PRODUCTOS Y/O EVIDENCIAS 9.2 fichas de notificación según necesidad |
| 10 | OBLIGACION 10: PARTICIPAR 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 MÁS BIENESTAR EQUIPOS BÁSICOS EXTRAMURALES SUSCRITO ENTRE EL FDS Y LA SUBRED. ACTIVIDADES 10.1 Asistí activamente a las reuniones convocadas por la SDS y la subred centro oriente en cabezadas por coordinación del convenio más bienestar en tu hogar PRODUCTOS Y/O EVIDENCIAS 10.2 actas de asistencia a reuniones convocadas |
| 11 | OBLIGACION 11: ORGANIZAR EL ARCHIVO DE LA DOCUMENTACIÓN GENERADA DE ACUERDO CON LA NORMATIVIDAD Y TABLA DE RETENCIÓN DOCUMENTAL. ACTIVIDADES 11.1 Realicé gestión documental de las actividades ejecutadas durante el mes PRODUCTOS Y/O EVIDENCIAS 11.2 actas de entrega |
| 12 | OBLIGACION 12: REALIZAR LAS DEMÁS OBLIGACIONES QUE SE RELACIONEN CON EL OBJETO DEL CONTRATO Y QUE SEAN REQUERIDAS POR LA SUPERVISIÓN. ACTIVIDADES 12.1 Di cumplimiento a las actividades contractuales del contrato que se encuentran establecidas para el convenio más bienestar en tu hogar PRODUCTOS Y/O EVIDENCIAS 12.2 actas, planillas de firmas, digitación en aplicativo gtapps |
| 13 | OBLIGACION 13: REALIZAR CARACTERIZACIÓN SOCIODEMOGRÁFICA A COMPLETITUD, CON CALIDAD Y VERACIDAD REALIZANDO LOS TAMIZAJES CORRESPONDIENTES SEGÚN LINEAMIENTO EN EL DESARROLLO DE LA CARACTERIZACIÓN (APGAR, TOMA DE MEDIDAS ANTROPOMÉTRICAS SEGÚN RESOLUCIÓN 3280-2018, OMS, FINDRISC, CUESTIONARIO DE EPOC Y PLANILLA DE FIRMAS), TENIENDO EN CUENTA QUE TODOS LOS PRODUCTOS SON SUJETOS DE AUDITORÍA. ACTIVIDADES 13.1 Realicé la caracterización familiar y seguimientos de la estrategia ruteo en la localidad San Cristobal UPZ San Blas Barrio San Cristobal Sur, teniendo en cuenta su completitud y diligenciando todos los formularios y tamizajes del aplicativo GTAPPS PRODUCTOS Y/O EVIDENCIAS 13.2 planillas de firmas, digitación en aplicativo gtapps |
| 14 | OBLIGACION 14: DILIGENCIAR 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, TENIENDO EN CUENTA QUE TODOS LOS PRODUCTOS SON SUJETOS DE AUDITORÍA. ACTIVIDADES 14.1 Cumplí con el cargue de la caracterización familiar, dando cumplimiento en los tiempos de cargue y completitud. PRODUCTOS Y/O EVIDENCIAS 14.2 digitación en aplicativo gtapps |
| 15 | Obligación 15: PRESENTAR EL CRONOGRAMA DE ACTIVIDADES E INSUMOS PREPARADOS (MAPAS BASE, MATRICES,CARTOGRAFÍA, DATOS CATASTRALES Y POBLACIONALES). 15.1 actividades desarrolladas: Retroalimente base de ruteo mapas datos catastrales con los hallazgos obtenidos durante la búsqueda dando respuesta a cada uno 15.2 Productos (evidencia): como evidencia la retroalimentación en aplicativo de las familias enviadas por base ruteo y dando estado de efectividad a los respectivos predios asignados |
| 16 | OBLIGACION 16: PRESENTAR MAPA CON REGISTRO DEL EJERCICIO DE CARTOGRAFÍA REALIZADO POR EL GESTOR. MATRIZ DE INFORMACIÓN CUANTITATIVA Y CUALITATIVA, CON EL REGISTRO REALIZADO POR PARTE DEL GESTOR. ACTIVIDADES 16.1 Realicé el proceso de territorialización con su respectiva entrega de informe final. PRODUCTOS Y/O EVIDENCIAS 16.2 informe final |
| 17 | OBLIGACION 17: PARTICIPAR EN EL COMITÉ TERRITORIAL EN EL QUE PARTICIPA TODO EL EQUIPO REVISIÓN Y ANÁLISIS DE INFORMACIÓN (CARTOGRAFÍA, MATRIZ, INFORME Y CONCLUSIONES DE COMITÉ DE CUIDADO). ACTIVIDADES 17.1 Asistí al Comité del Cuidado convocado por el líder operativo y coordinación del convenio más bienestar en tu hogar PRODUCTOS Y/O EVIDENCIAS 17.2 acta de asistencia |
| 18 | OBLIGACION 18: REALIZAR EL REGISTRO DE LAS ACTIVIDADES EN INSTRUMENTOS DEFINIDOS PARA CAPTURA DE INFORMACIÓN CON CALIDAD (PLANILLA DE FAMILIAS CON CONSENTIMIENTO INFORMADO Y ATENCIÓN INICIAL DESDE ABORDAJE TERRITORIAL, APLICATIVO EN LÍNEA DEFINIDO POR SECRETARIA DISTRITAL DE SALUD). ACTIVIDADES 18.1 Diligencié las planillas y realicé el cargue oportuno de la información en el aplicativo GTAPPS de las intervenciones ejecutadas dentro de la localidad San Cristobal UPZ San Blas Barrio San Cristobal Sur PRODUCTOS Y/O EVIDENCIAS 18.2 planillas de firmas, digitación en aplicativo gtapps |
| 19 | OBLIGACION 19: 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. ACTIVIDADES 19.1 Realicé la activación de RIAS según correspondió o el agendamiento en tiempo real para las EAPB que correspondieran que dio lugar durante la caracterización familiar PRODUCTOS Y/O EVIDENCIAS 19.2 formato de canalización |
| 20 | OBLIGACION 20: 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. ACTIVIDADES 20.1 Di cumplimiento a cada obligación contractual con la mayor calidad y oportunidad en la localidad San Cristobal UPZ San Blas Barrio San Cristobal Sur PRODUCTOS Y/O EVIDENCIAS 20.2 entrega de producto según solicitud del líder operativo |

**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° 1083617993 | OPERADOR: | SIMPLE |
| CONCEPTO DEL PAGO | ENTIDAD | FECHA DE PAGO | VALOR PAGADO |
| SALUD: | COMPENSAR | 2026/07/12 | $ 218.900 |
| PENSIÓN: | PORVENIR | 2026/07/12 | $ 280.200 |
| RIESGOS LABORALES: | SEGUROS BOLIVAR | 2026/07/12 | $ 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** | Diana Aya<br>**DIANA ALEXANDRA AYA ARIZA**<br>**CC: 1010171557** |
| **FIRMA DE QUIEN VALIDA** | **LUZ ADRIANA CALDERON RAMIREZ**<br>**SUPERVISOR ALTERNO** |
| **FIRMA DE QUIEN CONVALIDA EL CUMPLIMIENTO DE LAS OBLIGACIONES PARA EL PRESENTE PERIODO DE PAGO** | **LIDA ESPERANZA MONTENEGRO PARRA**<br>**SUPERVISOR DEL CONTRATO** |