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:	**ERIKA ALEXANDRA FORERO AVENDAÑO**			**CC:**	**52418464**
CORREO ELECTRÓNICO:	**ekforeroa@hotmail.com**			**TELÉFONO:**	**3102069634**
DIRECCIÓN DOMICILIO:	**CL 174 7 79**			**CIUDAD:**	**BOGOTA**
BANCO AL CUAL CONSIGNAR:	**BANCO DE BOGOTA**	**TIPO DE CUENTA:**	**AHORROS**	**N° CUENTA:**	**085572121**
DATOS DEL CONTRATO O ADICION Y PERIODO OBJETO DE PAGO					
Nº DEL CONTRATO:	**PS 2176 2026**	**VALOR CORRESPONDIENTE AL PERIODO OBJETO DE COBRO**			**$ 7.618.000**
FECHA DE INICIO CONTRATO	**2026/02/01**	**FECHA DE TERMINACIÓN CONTRATO:**			**2026/07/31**
PERIODO OBJETO DE COBRO:	**DEL 2026/07/01 AL 2026/07/31**				

ERIKA ALEXANDRA FORERO AVENDAÑO
PS_2176_2026_B77645

NOMBRE Y FIRMA DEL CONTRATISTA:
ERIKA ALEXANDRA FORERO AVENDAÑO
CC: 52418464
CEL: 3102069634

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			
ERIKA ALEXANDRA FORERO AVENDAÑO			
	CON C.C N°	**52.418.464**	
OBJETO DEL CONTRATO:	PRESTAR SERVICIOS COMO MEDICO GENERAL PARA DESARROLLAR ACTIVIDADES EN LA DIRECCION DE SERVICIOS AMBULATORIOS DE LA SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E.		
CONTRATO DE PRESTACION DE SERVICIOS PROFESIONALES No.	**PS 2176 2026**	**FECHA INICIO CONTRATO**	**2026/02/01**
VALOR INICIAL DEL CONTRATO	$ 28.338.960	**No. HORAS EJECUTADAS**	**200**
VALOR TOTAL DEL CONTRATO INCLUIDO ADICIONES:	$ 45.708.000	**VALOR DE HONORARIOS PERÍODO A CERTIFICAR:**	$ 7.618.000
PLAZO DEL CONTRATO INCLUYENDO PRORROGAS	SEIS (6) MESES		
UNIDAD FUNCIONAL DE EJECUCIÓN DE ACTIVIDADES:	HOSPITAL SANTA CLARA		
NOMBRE DEL SUPERVISOR:	GLORIA MARITZA PINILLA PINILLA		

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	Auditoría de Autocontrol Enfermedad Renal Crónica (ERC). Se realizó la auditoría de autocontrol de adherencia a la guía de práctica clínica para Enfermedad Renal Crónica, mediante la evaluación de historias clínicas, verificando el cumplimiento de los criterios definidos para el adecuado diligenciamiento de la atención, identificación de oportunidades de mejora, consolidación de resultados y elaboración del informe técnico correspondiente. Revisión y análisis comparativo de Guías de Práctica Clínica para Accidente Cerebrovascular (ACV). Se efectuó la revisión crítica y el análisis comparativo de las principales guías de práctica clínica nacionales e internacionales para el manejo del Accidente Cerebrovascular, incluyendo los lineamientos del Ministerio de Salud y Protección Social, con el propósito de identificar la guía con mayor aplicabilidad para la institución y formular la propuesta para su adopción institucional. Revisión y actualización de criterios de auditoría de autocontrol para EPOC y Asma. Se revisaron y ajustaron los criterios de auditoría de autocontrol para Enfermedad Pulmonar Obstructiva Crónica (EPOC) y Asma, con base en las últimas actualizaciones de las guías de práctica clínica vigentes y los formatos institucionales de historia clínica, con el fin de fortalecer el proceso de evaluación de la adherencia clínica. Revisión comparativa de la Guía de Manejo de Hipertensión Arterial (HTA). Se realizó el análisis comparativo entre la actualización 2025 de la guía de manejo de Hipertensión Arterial y los lineamientos emitidos por el Ministerio de Salud y Protección Social, identificando los cambios más relevantes y su impacto en la actualización de los criterios institucionales de auditoría y seguimiento clínico. Socialización de resultados de Auditorías de Autocontrol. Se participó en la reunión de socialización de los resultados de las auditorías de autocontrol de Hipertensión Arterial (HTA), Diabetes Mellitus (DM) y Enfermedad Renal Crónica (ERC), dirigida al equipo de atención ambulatoria y Gestión del Riesgo, presentando los principales hallazgos, oportunidades de mejora y recomendaciones orientadas al fortalecimiento de la calidad del registro clínico y la adherencia a las guías de práctica clínica.

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° 92974718	OPERADOR:	MI PLANILLA

CONCEPTO DEL PAGO	ENTIDAD	FECHA DE PAGO	VALOR PAGADO
SALUD:	SURA	2026/06/30	$ 560.800
PENSIÓN:	COLPENSIONES	2026/06/30	$ 717.800
RIESGOS LABORALES:	POSITIVA	2026/06/30	$ 109.300
OTRO			
TOTAL PAGADO			$ 1.387.900

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	*ERIKA ALEXANDRA FORERO AVENDAÑO* *PS_2176_2026_B77645* **ERIKA ALEXANDRA FORERO AVENDAÑO** **CC: 52418464**
FIRMA DE QUIEN CONVALIDA EL CUMPLIMIENTO DE LAS OBLIGACIONES PARA EL PRESENTE PERIODO DE PAGO	*GLORIA MARITZA PINILLA PINILLA* *PS_2176_2026_B77645* **GLORIA MARITZA PINILLA PINILLA** **SUPERVISOR DEL CONTRATO**