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: (31-08-2026)					
NOMBRES Y APELLIDOS:	**JANETH LILIANA PINTO GAITAN**			**CC:**	**1026285121**
CORREO ELECTRÓNICO:	**JLILIPINTO@GMAIL.COM**			**TELÉFONO:**	**3157635381**
DIRECCIÓN DOMICILIO:	**CL 36 BIS SUR 3A 56**			**CIUDAD:**	**BOGOTA**
BANCO AL CUAL CONSIGNAR:	**BANCO DAVIVIENDA S.A.**	**TIPO DE CUENTA:**	**AHORROS**	**N° CUENTA:**	**0550004000215402**
DATOS DEL CONTRATO O ADICION Y PERIODO OBJETO DE PAGO					
Nº DEL CONTRATO:	**PS 4353 2026**	**VALOR CORRESPONDIENTE AL PERIODO OBJETO DE COBRO**			**$ 2.000.080**
FECHA DE INICIO CONTRATO	**2026/06/18**	**FECHA DE TERMINACIÓN CONTRATO:**			**2026/08/31**
PERIODO OBJETO DE COBRO:	**DEL 2026/08/01 AL 2026/08/31**				

JANETH LILIANA PINTO GAITAN
PS_4353_2026_738DF6

NOMBRE Y FIRMA DEL CONTRATISTA:
JANETH LILIANA PINTO GAITAN
CC: 1026285121
CEL: 3157635381

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			
JANETH LILIANA PINTO GAITAN			
	CON C.C N°	**1.026.285.121**	
OBJETO DEL CONTRATO:	PRESTAR SERVICIOS COMO GESTOR A COMUNITARIO PARA DESARROLLAR ACTIVIDADES EN LA DIRECCI?N DE SERVICIOS AMBULATORIOS DE LA SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS EN SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E. EBS DE MINISTERIO DE SALUD Y PROTECCION SOCIAL SEG?N RESOLUCION 711 24 04 2025.		
CONTRATO DE PRESTACION DE SERVICIOS PROFESIONALES No.	**PS 4353 2026**	**FECHA INICIO CONTRATO**	**2026/06/18**
VALOR INICIAL DEL CONTRATO	$ 866.701	**No. HORAS EJECUTADAS**	**184**
VALOR TOTAL DEL CONTRATO INCLUIDO ADICIONES:	$ 4.866.861	**VALOR DE HONORARIOS PERÍODO A CERTIFICAR:**	$ 2.000.080
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 (Deben ser coherentes con las obligaciones específicas del contrato realizadas durante el mes)**
1	En el mes de reporte se participó en los Comités organizados los días 12, 13 Y 18 de agosto. El primero se desarrolló en el teatro de La Victoria, los segundos fueron espacios de participación para los gestores comunitarios, se llevaron a cabo en la Casa de la Cultura de Antonio Nariño y el Hospital San Blas.
2	En el mes de agosto se adelantaron de manera transversal distintos encuentros con actores sociales, institucionales y comunitarios en el micro territorio asignado, para la socialización de la dinámica y el funcionamiento de los Equipos Básicos en Salud, lo cual permite que puedan desarrollarse las acciones en el terreno con mayor facilidad y apertura.
3	En el mes de agosto se llevó a cabo el primer contacto con líderes de los barrios de Nueva Delhi y también en la Urbanización Arboleda de Santa Teresita, conforme indica el lineamiento.
4	Se lograron espacios para interactuar con las comunidades pertenecientes a los micro territorios asignados para el equipo 416, dando a conocer rutas de atención y derechos y deberes en salud.
5	En el mes de reporte se identificaron casos referidos por actores sociales y/o comunitarios, de usuarios que presentan alguna barrera de acceso, para posterior informe y atención por parte del EBS. También se brindó desde mi rol, el acompañamiento y la orientación en situaciones especiales de tipo social, aportando con información útil para el manejo de casos puntuales.
6	Se apoyó, durante el mes de reporte, la ubicación y georreferenciación de viviendas y familias asignadas, facilitando el acceso del equipo interdisciplinario a los hogares priorizados.
7	En el mes de reporte se diligenciaron debidamente las actas de gestión que dan cuenta de las acciones adelantadas en el territorio.

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 (2026-08-01) AL (2026-08-31)

IV. INFORMACIÓN DE APORTES A SEGURIDAD SOCIAL

No. DE PLANILLA:	N° 93688033	OPERADOR:	MI PLANILLA
CONCEPTO DEL PAGO	ENTIDAD	FECHA DE PAGO	VALOR PAGADO

SALUD:	COMPENSAR	2026/08/06	$ 218.861
PENSIÓN:	PORVENIR	2026/08/06	$ 280.142
RIESGOS LABORALES:	SURA	2026/08/06	$ 42.651
OTRO			
TOTAL PAGADO			$ 541.654

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	*JANETH LILIANA PINTO GAITAN* *PS_4353_2026_738DF6* **JANETH LILIANA PINTO GAITAN** **CC: 1026285121**
FIRMA DE QUIEN CONVALIDA EL CUMPLIMIENTO DE LAS OBLIGACIONES PARA EL PRESENTE PERIODO DE PAGO	*LUZ MARINA HERNANDEZ HERNANDEZ* *PS_4353_2026_738DF6* **LUZ MARINA HERNANDEZ HERNANDEZ** **SUPERVISOR DEL CONTRATO**