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:	**KAREN YICEL LLANOS CASTAÑO**			**CC:**	**1013638657**
CORREO ELECTRÓNICO:	**K.LLANOSSUBREDCENTROORIENTE@GMAIL.COM**			**TELÉFONO:**	**3123035909**
DIRECCIÓN DOMICILIO:	**CL 35B SUR 3A -42-1**			**CIUDAD:**	**BOGOTA**
BANCO AL CUAL CONSIGNAR:	**BANCO DAVIVIENDA S.A.**	**TIPO DE CUENTA:**	**AHORROS**	**N° CUENTA:**	**009770200161**
DATOS DEL CONTRATO O ADICION Y PERIODO OBJETO DE PAGO					
Nº DEL CONTRATO:	**PS 7405 2025**	**VALOR CORRESPONDIENTE AL PERIODO OBJETO DE COBRO**			**$ 2.916.000**
FECHA DE INICIO CONTRATO	**2025/10/07**	**FECHA DE TERMINACIÓN CONTRATO:**			**2026/08/31**
PERIODO OBJETO DE COBRO:	**DEL 2026/08/01 AL 2026/08/31**				

KAREN YICEL LLANOS CASTAÑO
PS_7405_2025_F08C50

NOMBRE Y FIRMA DEL CONTRATISTA:
KAREN YICEL LLANOS CASTAÑO
CC: 1013638657
CEL: 3123035909

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			
KAREN YICEL LLANOS CASTAÑO			
	CON C.C N°	**1.013.638.657**	
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 7405 2025**	**FECHA INICIO CONTRATO**	**2025/10/07**
VALOR INICIAL DEL CONTRATO	$ 2.484.000	**No. HORAS EJECUTADAS**	**180**
VALOR TOTAL DEL CONTRATO INCLUIDO ADICIONES:	$ 43.829.100	**VALOR DE HONORARIOS PERÍODO A CERTIFICAR:**	$ 2.916.000
PLAZO DEL CONTRATO INCLUYENDO PRORROGAS	ONCE (11) 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. OBLIGACION 1. PRESTÉ MIS 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: Realicé la toma de signos vitales a cada integrante de la familia para identificar su estado de salud y dar respuesta de manera oportuna a los riesgos identificados durante la caracterización. 1.2 productos (evidencias): Verifiqué a cada integrante en el aplicativo GTAPS, con el fin de garantizar que contara con una única caracterización y validación, contribuyendo así a garantizar la calidad de los datos registrados.
2	2. OBLIGACION 2. PRESENTÉ MENSUALMENTE EL CRONOGRAMA DE ACTIVIDADES A DESARROLLAR Y, AL FINALIZAR EL MES, ENTREGUÉ EL INFORME CORRESPONDIENTE A LAS ACTIVIDADES DESARROLLADAS PARA LA EJECUCIÓN DE MIS FUNCIONES. 2.1 actividades desarrolladas: Realicé la entrega de los formatos de las planillas de firmas, garantizando la calidad y veracidad de los datos plasmados en los documentos, así como la correcta identificación de cada usuario, verificando su información en los respectivos medios y validando los datos suministrados por las personas abordadas en territorio durante las jornadas de ruteo. 2.2. productos (evidencias): Presenté los formatos de las planillas con la información recepcionada de cada usuario, realizando la verificación de los datos en ADRES y SISBÉN, con el propósito de garantizar información de calidad, completa y verídica correspondiente al mes de agosto.
3	3. OBLIGACION 3. APOYÉ LA PRESTACIÓN DE SERVICIOS EN EL MARCO DEL CONVENIO MÁS BIENESTAR EQUIPOS BÁSICOS EXTRAMURALES, PRESENTANDO LA INFORMACIÓN Y LOS SOPORTES SOLICITADOS DE ACUERDO CON LOS ANEXOS Y LINEAMIENTOS TÉCNICOS DEL CONVENIO VIGENTE Y SUSCRITO ENTRE EL FDS Y LA SUBRED. 3.1 actividades desarrolladas: Garanticé la prestación de los servicios de gestión básica extramural en el territorio asignado del barrio La Victoria, correspondientes a la localidad de San Cristóbal, realizando la recolección de información necesaria para dar cumplimiento a los requerimientos establecidos según los lineamientos. 3.2 productos (evidencias): Me desplacé al territorio para realizar el abordaje y la búsqueda activa de usuarios incluidos en la base de ruteo, llevando a cabo la caracterización e identificación de riesgos, con el fin de garantizar el cumplimiento de las actividades del programa en las diferentes manzanas asignadas, de acuerdo con las bases de ruteo de gestantes, salud mental y pacientes con condiciones crónicas.
4	4. OBLIGACION 4. APOYÉ 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 DIFERENTES ESTÁNDARES DE HABILITACIÓN Y ACREDITACIÓN DE LOS SERVICIOS DE SALUD. 4.1 actividades desarrolladas: Presté servicios a las familias realizando la toma de signos vitales a cada integrante, con el propósito de identificar el estado de salud de cada persona y dar respuesta oportuna a los riesgos identificados en los usuarios incluidos en la base de ruteo y en los integrantes de su núcleo familiar. 4.2 productos (evidencias): Entrevisté a los usuarios sobre su estado de salud y recopilé la información suministrada, con el fin de realizar la gestión correspondiente de acuerdo con los criterios y necesidades de salud identificados durante el abordaje.
5	. OBLIGACIÓN: 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. 5.1. Actividad desarrollada: Estudié e incorporé a la práctica diaria los lineamientos conceptuales y protocolos operativos vigentes del convenio para el perfil de Auxiliar de Enfermería, garantizando un abordaje técnico uniforme en territorio. 5.2. Soporte: Presenté el acta de apropiación de lineamientos al iniciar en el proceso
	OBLIGACIÓN: 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. 6.1. Actividad desarrollada: Recibí el acompañamiento y la transferencia de conocimiento en los componentes de mi competencia disciplinar, respondiendo a los requerimientos y necesidades de los procesos transversales

6	del convenio. 6.2. Soporte: Informes de asistencia técnica y registré mi participación en las listas de asistencia a las jornadas de orientación.
7	OBLIGACIÓN: 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. 7.1. Actividad desarrollada: Efectué la depuración, verificación cualitativa y alistamiento de la totalidad de los formatos e instrumentos generados en las intervenciones de campo, asegurando su coherencia documental antes de su radicación.7.2. Soporte: Verifiqué los formatos de campo recolectados y gestioné el acta de entrega física y digital del archivo documental de mi micro territorio.
8	OBLIGACIÓN: PARTICIPAR Y GESTIONAR LOS ACERCAMIENTOS COMUNITARIOS E INSTITUCIONALES QUE SE REQUIERAN, PARA EL DESARROLLO DE LAS ACCIONES DE CADA PROCESO. 8.1. Actividad desarrollada: Coordiné y ejecuté las acciones de articulación con los pacientes para facilitar el ingreso y posterior abordaje desde mi perfil. 8.2. Soporte: Capturé el registro fotográfico de los acercamientos y suscribí los formatos de captura de las visitas realizadas.
9	OBLIGACIÓN: ACTIVAR Y NOTIFICAR LOS EVENTOS DE INTERÉS EN SALUD PÚBLICA DETECTADOS EN CADA UNA DE SUS INTERVENCIONES. 9.1. Actividad desarrollada: Identifiqué durante el abordaje las patologías y condiciones de riesgo sujetas a vigilancia o tratamiento especial, procedí con la canalización formal según el protocolo de salud pública según el caso y según aplicara. 9.2. Soporte: Diligencié las fichas de notificación epidemiológica y reporté formalmente la activación de casos al área competente, en el momento que aplicara dicha canalización.
10	OBLIGACIÓN: 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 MAS BIENESTAR EQUIPOS BÁSICOS EXTRAMURALES SUSCRITO ENTRE EL FDS Y LA SUBRED. 10.1. Actividad desarrollada: Asistí de a las jornadas de actualización técnica convocadas por la Secretaría Distrital de Salud, adaptando las metodologías expuestas para el cumplimiento de las metas contractuales. 10.2. Soporte: Firmé los listados de asistencia oficial y registré los compromisos institucionales establecidos en las sesiones desarrolladas.
11	OBLIGACIÓN: Organizar el archivo de la documentación generada de acuerdo con la normatividad y tabla de retención documental. 11.1. Actividad desarrollada: Clasifiqué, organicé y entregué cronológicamente la documentación física y digital derivada de la gestión extramural, aplicando rigurosamente los criterios institucionales. 11.2. Soporte: Hice entrega del inventario documental institucional bajo las normas de la entidad.
12	OBLIGACIÓN: REALIZAR LAS DEMÁS OBLIGACIONES QUE SE RELACIONEN CON EL OBJETO DEL CONTRATO Y QUE SEAN REQUERIDAS POR LA SUPERVISIÓN. 12.1. Actividad desarrollada: Atendí con oportunidad los requerimientos y asignaciones extraordinarias ordenadas por el supervisor del contrato, alineadas con la naturaleza del perfil técnico de auxiliar de enfermería 12.2. Soporte: Recibí las instrucciones por los canales institucionales y registré el cumplimiento en los formatos específicos de la supervisión.
13	OBLIGACIÓN: 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. 13.1. Actividad desarrollada: Ejecuté la caracterización sociodemográfica domiciliaria aplicando los instrumentos de tamizaje obligatorios (APGAR familiar, toma de tensión arterial, peso y talla, escalas FINDRISC y cuestionario EPOC), garantizando la firma del usuario, cuando aplicó. 13.2. Soporte: Diligencié en físico los instrumentos de tamizaje y recolecté la totalidad de las firmas en las planillas oficiales de soporte, cuando aplicó
14	OBLIGACIÓN: 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. 14.1. Actividad desarrollada: Digité en el aplicativo GTAPS la totalidad de los datos recolectados en terreno, cumpliendo rigurosamente con el estándar temporal de las primeras 24 horas posteriores a la intervención extramural. 14.2. Soporte: Cargué exitosamente la información solicitada en la plataforma GTAPS, en los tiempos requeridos
15	OBLIGACIÓN: PRESENTAR EL CRONOGRAMA DE ACTIVIDADES E INSUMOS PREPARADOS (MAPAS BASE, MATRICES, CARTOGRAFÍA, DATOS CATASTRALES Y POBLACIONALES). 15.1. Actividad desarrollada: Durante el periodo a certificar no elaboré ni organicé los insumos geográficos, poblacionales y cartográficos, ya que no se requirieron, para mi perfil de auxiliar de enfermería. 15.2. Soporte: Dado que en el periodo a certificar no aplicó la solicitud, no estructuré los mapas base de los micro territorios definidos.
16	OBLIGACIÓN: 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. 16.1. Actividad desarrollada: No elabore ejercicios de cartografía para el periodo a certificar ya que desde mi perfil esta actividad no de elabora 16.2. Soporte: Para el periodo a certificar desde mi perfil no realice el mapa de cartografía social sectorizado
17	OBLIGACIÓN: 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).17.1. Actividad desarrollada: Intervine activamente en las sesiones del comité territorial aportando al análisis técnico de la cartografía, las matrices de datos y la formulación de las conclusiones del comité de cuidado. 17.2. Soporte: Firmé el acta formal del comité territorial, registré mi asistencia y validé los compromisos del equipo del micro territorio.
18	. OBLIGACIÓN: 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 SECRETARÍA DISTRITAL DE SALUD). 18.1. Actividad desarrollada: Consolidé la información de las intervenciones iniciales en la planilla de familias, garantizando la obtención previa del consentimiento informado firmado cuando aplicó y el cargué en el aplicativo web institucional. 18.2. Soporte: Diligencié las planillas de abordaje territorial con las firmas de consentimiento informado e ingresé el historial de registros en la plataforma en línea.

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. Actividad desarrollada: Gestioné de forma inmediata las alertas tempranas de salud identificadas en el hogar, activando las rutas de atención sectoriales, tramitando agendas prioritarias y notificando los eventos epidemiológicos pertinentes, cuando el caso así lo requirió. 19.2. Soporte: Tramité los formatos de activación de rutas de salud y archivé los comprobantes de asignación de citas o canalización efectiva.
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. Actividad desarrollada: Di estricto cumplimiento a la totalidad de las directrices, responsabilidades y lineamientos técnico-operativos vigentes asignados a mi perfil en el marco del convenio extramural. 20.2. Soporte: Atendí las evaluaciones de desempeño de la supervisión e integré los datos al informe definitivo de metas institucionales alcanzadas.

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° 1084397494	OPERADOR:	SIMPLE

CONCEPTO DEL PAGO	ENTIDAD	FECHA DE PAGO	VALOR PAGADO
SALUD:	FAMISANAR	2026/08/13	$ 218.900
PENSIÓN:	COLFONDOS	2026/08/13	$ 280.200
RIESGOS LABORALES:	POSITIVA	2026/08/13	$ 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	*KAREN YICEL LLANOS CASTAÑO* *PS_7405_2025_F08C50* **KAREN YICEL LLANOS CASTAÑO** **CC: 1013638657**

FIRMA DE QUIEN VALIDA	*LUZ ADRIANA CALDERON RAMIREZ* *PS_7405_2025_F08C50* **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_7405_2025_F08C50* **LIDA ESPERANZA MONTENEGRO PARRA** **SUPERVISOR DEL CONTRATO**