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:	**MARIA ELVIRA SANCHEZ SUAREZ**			**CC:**	**1020775892**
CORREO ELECTRÓNICO:	**mss_1515@hotmail.com**			**TELÉFONO:**	**3222641765**
DIRECCIÓN DOMICILIO:	**KR 1 B 192 B 11**			**CIUDAD:**	**BOGOTA**
BANCO AL CUAL CONSIGNAR:	**BBVA COLOMBIA**	**TIPO DE CUENTA:**	**AHORROS**	**N° CUENTA:**	**0138167523**
DATOS DEL CONTRATO O ADICION Y PERIODO OBJETO DE PAGO					
Nº DEL CONTRATO:	**PS 4055 2026**	**VALOR CORRESPONDIENTE AL PERIODO OBJETO DE COBRO**			**$ 6.000.056**
FECHA DE INICIO CONTRATO	**2026/05/12**	**FECHA DE TERMINACIÓN CONTRATO:**			**2026/08/31**
PERIODO OBJETO DE COBRO:	**DEL 2026/08/01 AL 2026/08/31**				

MARIA ELVIRA SANCHEZ SUAREZ
PS_4055_2026_46EF75

NOMBRE Y FIRMA DEL CONTRATISTA:
MARIA ELVIRA SANCHEZ SUAREZ
CC: 1020775892
CEL: 3222641765

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			
MARIA ELVIRA SANCHEZ SUAREZ			
	CON C.C N°	**1.020.775.892**	
OBJETO DEL CONTRATO:	PRESTAR SERVICIOS COMO ENFERMERO A 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 24 04 2025.		
CONTRATO DE PRESTACION DE SERVICIOS PROFESIONALES No.	**PS 4055 2026**	**FECHA INICIO CONTRATO**	**2026/05/12**
VALOR INICIAL DEL CONTRATO	$ 4.000.037	**No. HORAS EJECUTADAS**	**184**
VALOR TOTAL DEL CONTRATO INCLUIDO ADICIONES:	$ 21.587.158	**VALOR DE HONORARIOS PERÍODO A CERTIFICAR:**	$ 6.000.056
PLAZO DEL CONTRATO INCLUYENDO PRORROGAS	CUATRO (4) 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	SE REALIZA PLAN DE CUIDADO FAMILIAR ATRAVEZ DEL APLICATIVO DINAMICA SEGÚN LA ATENCION
2	SE REALIZA EL CARGUE DE LAS ATENCIONES REALIZADAS Y CON EVOLUCION EN DINAMICA, ESTA ACCIÓN PERMITE CONSOLIDAR LA INFORMACIÓN, GARANTIZAR LA ARTICULACIÓN CON EL EQUIPO INTERDISCIPLINARIO Y FACILITAR EL SEGUIMIENTO DE LAS INTERVENCIONES REALIZADAS INDIVIDUALES
3	DESDE EL PERFIL DE ENFERMERÍA, SE REALIZA EL REGISTRO DE LA INFORMACIÓN DE LA ATENCIÓN BRINDADA EN LA BASE DE DATOS DEFINIDA, GARANTIZANDO LA CALIDAD Y VERACIDAD DEL DATO. ASÍ MISMO, SE DILIGENCIA EL PLAN DE CUIDADO INDIVIDUAL (PCI), CONSIGNANDO LAS RECOMENDACIONES DERIVADAS DE LOS HALLAZGOS ENCONTRADOS DURANTE LA VALORACIÓN Y DE LA CONCERTACIÓN CON EL USUARIO Y/O CUIDADOR, ASEGURANDO ASÍ LA CONTINUIDAD DEL CUIDADO Y EL SEGUIMIENTO EN SALUD
4	DESDE EL PERFIL DE ENFERMERÍA, EN CASO DE IDENTIFICAR UN EVENTO DE INTERÉS EN SALUD PÚBLICA DURANTE LA ATENCIÓN O VISITA DOMICILIARIA, SE REALIZA LA NOTIFICACIÓN INMEDIATA AL SUBSISTEMA CORRESPONDIENTE (SIVIGILA U OTRO SEGÚN EL EVENTO) SIGUIENDO LOS PROTOCOLOS ESTABLECIDOS. ASIMISMO, SE INFORMA AL GESTOR FAMILIAR Y/O AL EQUIPO DE APOYO DEL EBS MINISTERIO PARA GARANTIZAR EL SEGUIMIENTO, INTERVENCIÓN Y ARTICULACIÓN OPORTUNA CON LA RED DE SERVICIOS Y LAS AUTORIDADES DE SALUD COMPETENTES
5	'DESDE EL PERFIL DE ENFERMERÍA, SE REALIZA LA IDENTIFICACIÓN OPORTUNA DE FACTORES DE RIESGO INDIVIDUALES, FAMILIARES Y COMUNITARIOS DURANTE LAS VALORACIONES Y VISITAS DOMICILIARIAS, CON EL FIN DE PREVENIR POSIBLES COMPLICACIONES EN SALUD. SEGÚN EL HALLAZGO, SE IMPLEMENTAN INTERVENCIONES EDUCATIVAS, ACCIONES DE PROMOCIÓN Y PREVENCIÓN, Y, EN LOS CASOS QUE LO REQUIEREN, SE GESTIONAN LAS REMISIONES PERTINENTES A MEDICINA, PSICOLOGÍA U OTRAS RUTAS DEFINIDAS POR EL EQUIPO BÁSICO DE SALUD (EBS), EL MINISTERIO DE SALUD O LA RED DE SERVICIOS DEL TERRITORIO, GARANTIZANDO UN MANEJO OPORTUNO Y ARTICULADO DEL RIESGO IDENTIFICADO
6	DESDE EL PERFIL DE ENFERMERÍA, SE IDENTIFICAN LOS PRINCIPALES CAMBIOS EN EL DESARROLLO FÍSICO, EMOCIONAL Y SOCIAL DEL USUARIO, DE ACUERDO CON SU CURSO DE VIDA. ESTA OBSERVACIÓN PERMITE DETECTAR ALTERACIONES TEMPRANAS Y APLICAR INTERVENCIONES DE PROMOCIÓN Y PREVENCIÓN, O REMITIR OPORTUNAMENTE A LOS PROFESIONALES CORRESPONDIENTES
7	'DESDE EL PERFIL DE ENFERMERÍA, SE IDENTIFICAN Y POTENCIAN LAS CAPACIDADES, HABILIDADES Y PRÁCTICAS DE AUTOCUIDADO EN LOS USUARIOS, SUS FAMILIAS Y CUIDADORES, CON EL PROPÓSITO DE FOMENTAR CONDUCTAS SALUDABLES Y FORTALECER SU ROL ACTIVO EN EL CUIDADO DE LA SALUD. ESTA INTERVENCIÓN SE ORIENTA A PROMOVER LA CORRESPONSABILIDAD, EL EMPODERAMIENTO COMUNITARIO Y LA ADOPCIÓN DE ESTILOS DE VIDA SALUDABLES, EN CONCORDANCIA CON LOS LINEAMIENTOS ESTABLECIDOS POR LA RESOLUCIÓN 711 Y EL ENFOQUE DE ATENCIÓN PRIMARIA EN SALUD
	DURANTE LA VALORACION INTEGRAL SE REALIZA PRIORIDAD DEL INDIVIDUO 'EN CASO DE QUE LA FAMILIA REPORTE QUE ALGUNO DE SUS INTEGRANTES PERTENECE A POBLACIÓN PRIORIZADA COMO MUJERES GESTANTES, NIÑOS MENORES DE CINCO (5) AÑOS, PERSONAS CON ENFERMEDADES CRÓNICAS, ADULTOS MAYORES, PERSONAS EN CONDICIÓN DE DISCAPACIDAD O DEPENDENCIA, Y SUS CUIDADORES SE REALIZA INTERVENCIÓN DE ENFERMERÍA CON ENFOQUE EN PROMOCIÓN Y PREVENCIÓN EN SALUD. DURANTE LA VISITA, EL PROFESIONAL DE ENFERMERÍA LLEVA A CABO LA VALORACIÓN INTEGRAL SEGÚN EL CURSO DE VIDA, DESARROLLANDO

8	LAS ACTIVIDADES DE PROMOCIÓN Y PREVENCIÓN ESTABLECIDAS EN LA RESOLUCIÓN 711 . EN CASO DE REQUERIRSE, SE GESTIONAN LAS RESPECTIVAS REMISIONES A MEDICINA, PSICOLOGÍA, OA OTRAS RUTAS DE ATENCIÓN DEFINIDAS POR EL EQUIPO BÁSICO DE SALUD (EBS), EL MINISTERIO DE SALUD O LA RED DE SERVICIOS DEL TERRITORIO.
9	Desde el perfil de enfermería, se brinda educación al usuario, familia y/o cuidador sobre el uso correcto de los medicamentos formulados, horarios, dosis, almacenamiento, adherencia al tratamiento y posibles signos de alarma, con el propósito de prevenir errores en la administración y favorecer la continuidad del tratamiento.
10	Desde enfermería, se realiza seguimiento a los usuarios que presentan alteraciones o necesidades de salud previamente identificadas, verificando la evolución de su condición, adherencia a las recomendaciones y asistencia a los servicios de salud requeridos, fortaleciendo la continuidad de la atención.
11	Durante la atención individual y familiar, se desarrollan acciones educativas relacionadas con alimentación saludable, actividad física, descanso adecuado, higiene personal y manejo de factores asociados a estilos de vida, promoviendo prácticas que contribuyan al mantenimiento de la salud y la prevención de enfermedades.
12	Durante la valoración, se revisa el antecedente de vacunación del usuario de acuerdo con su curso de vida y condiciones particulares, identificando posibles esquemas incompletos y orientando sobre la importancia de acceder oportunamente a los servicios de vacunación correspondientes.
13	Desde enfermería, se identifican condiciones del entorno familiar que puedan favorecer accidentes, como caídas, quemaduras, intoxicaciones u otros eventos, brindando recomendaciones para adecuar los espacios y disminuir los riesgos, especialmente en niños, adultos mayores y personas con dependencia.
14	Durante el contacto con el usuario y su familia, se exploran situaciones que puedan afectar el bienestar emocional, las relaciones familiares y las redes de apoyo. De acuerdo con los hallazgos, se brinda orientación inicial y se promueve el acceso oportuno a los servicios o profesionales correspondientes cuando se identifica alguna necesidad.
15	Desde enfermería, se educa al usuario y/o cuidador en el reconocimiento de signos y síntomas que requieran atención prioritaria, explicando las acciones que deben realizar ante situaciones de alarma y los mecanismos disponibles para acceder oportunamente a los servicios de salud.

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° 1083917984	OPERADOR:	SIMPLE

CONCEPTO DEL PAGO	ENTIDAD	FECHA DE PAGO	VALOR PAGADO
SALUD:	COMPENSAR	2026/08/14	$ 300.000
PENSIÓN:	PORVENIR	2026/08/14	$ 384.000
RIESGOS LABORALES:	SURA	2026/08/14	$ 58.464
OTRO			
TOTAL PAGADO			$ 742.464

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	*MARIA ELVIRA SANCHEZ SUAREZ* *PS_4055_2026_46EF75* **MARIA ELVIRA SANCHEZ SUAREZ** **CC: 1020775892**
FIRMA DE QUIEN CONVALIDA EL CUMPLIMIENTO DE LAS OBLIGACIONES PARA EL PRESENTE PERIODO DE PAGO	*LUZ MARINA HERNANDEZ HERNANDEZ* *PS_4055_2026_46EF75* **LUZ MARINA HERNANDEZ HERNANDEZ** **SUPERVISOR DEL CONTRATO**