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:	**CAROL JULIETH ZAMBRANO QUINTERO**			**CC:**	**1001276507**
CORREO ELECTRÓNICO:	**CAROL.JILIETH.ZAMBRANO.803@GMAIL.COM**			**TELÉFONO:**	**3223826462**
DIRECCIÓN DOMICILIO:	**CL 51A SUR 2B ESTE 36**			**CIUDAD:**	**BOGOTA**
BANCO AL CUAL CONSIGNAR:	**BANCO DE BOGOTA**	**TIPO DE CUENTA:**	**AHORROS**	**N° CUENTA:**	**015249121**
DATOS DEL CONTRATO O ADICION Y PERIODO OBJETO DE PAGO					
Nº DEL CONTRATO:	**PS 4786 2026**	**VALOR CORRESPONDIENTE AL PERIODO OBJETO DE COBRO**			**$ 1.005.438**
FECHA DE INICIO CONTRATO	**2026/08/20**	**FECHA DE TERMINACIÓN CONTRATO:**			**2026/08/31**
PERIODO OBJETO DE COBRO:	**DEL 2026/08/24 AL 2026/08/31**				

CAROL JULIETH ZAMBRANO QUINTERO
PS_4786_2026_9814B2

NOMBRE Y FIRMA DEL CONTRATISTA:
CAROL JULIETH ZAMBRANO QUINTERO
CC: 1001276507
CEL: 3223826462

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			
CAROL JULIETH ZAMBRANO QUINTERO			
	CON C.C N°	**1.001.276.507**	
OBJETO DEL CONTRATO:	PRESTAR SERVICIOS COMO AUXILIAR DE ENFERMERIA 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 4786 2026**	**FECHA INICIO CONTRATO**	**2026/08/20**
VALOR INICIAL DEL CONTRATO	$ 1.083.337	**No. HORAS EJECUTADAS**	**74**
VALOR TOTAL DEL CONTRATO INCLUIDO ADICIONES:	$ 1.083.337	**VALOR DE HONORARIOS PERÍODO A CERTIFICAR:**	$ 1.005.438
PLAZO DEL CONTRATO INCLUYENDO PRORROGAS	TRECE (13) DIAS		
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 LA APROPIACIÓN CONCEPTUAL, TÉCNICA Y OPERATIVA DE LA RESOLUCIÓN 711 DEL 24 DE ABRIL DE 2025, ASÍ COMO DE LA RESOLUCIÓN 3280 DE 2018 (RPMS), EL LINEAMIENTO TÉCNICO-OPERATIVO DE EQUIPOS BÁSICOS DE SALUD: CONFORMACIÓN, OPERACIÓN Y SEGUIMIENTO, Y DEMÁS NORMAS QUE LAS MODIFIQUEN, ADICIONEN O COMPLEMENTEN, EN EL MARCO DEL MODELO PREVENTIVO Y PREDICTIVO Y EL FORTALECIMIENTO DE LA ATENCIÓN PRIMARIA EN SALUD (APS).
2	Realizar la caracterización sociodemográfica de las familias y usuarios asignados, cumpliendo la meta establecida durante el periodo contractual.
3	Aplicar los tamizajes correspondientes durante la visita domiciliaria, incluyendo APGAR familiar, medidas antropométricas, FINDRISC y cuestionario de riesgo para EPOC, según corresponda.
4	Identificar riesgos individuales, familiares y sociales durante la atención y reportarlos oportunamente al profesional responsable para definir seguimiento, direccionamiento o intervención.
5	Verificar el cumplimiento de las atenciones de promoción y mantenimiento de la salud según curso de vida, identificando usuarios pendientes de controles, tamizajes o intervenciones establecidas en la Resolución 3280 de 2018.
6	Realizar y registrar diariamente las actividades ejecutadas en GTAPS, SIAPS y demás aplicativos institucionales, garantizando información completa, veraz y coherente dentro de las primeras 24 horas posteriores a la atención.
7	Diligenciar y gestionar oportunamente las canalizaciones de los riesgos identificados, incluyendo el formato SIRC cuando aplique, dentro de las primeras 24 horas posteriores a la atención.
8	Realizar contacto telefónico previo con el usuario o cuidador, verificando dirección, datos de contacto, disponibilidad y confirmando la fecha programada para la visita domiciliaria.
9	Realizar seguimiento a las familias y población priorizada asignada, especialmente gestantes, menores de cinco años, personas con enfermedades crónicas, adultos mayores, personas con discapacidad, dependencia y cuidadores.
10	Organizar y entregar los soportes de las actividades realizadas, incluyendo planillas de firmas, registros de atención, informes, formatos, evidencias de cargue y demás documentos requeridos para seguimiento, auditoría y reconocimiento de honorarios.

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 (2026-08-24) AL (2026-08-31)

IV. INFORMACIÓN DE APORTES A SEGURIDAD SOCIAL			
No. DE PLANILLA:	N°	OPERADOR:	
CONCEPTO DEL PAGO	ENTIDAD	FECHA DE PAGO	VALOR PAGADO
SALUD:	SANITAS		$ 0
PENSIÓN:	PORVENIR		$ 0
RIESGOS LABORALES:	COLMENA		$ 0
OTRO			
TOTAL PAGADO			$ 0

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	*CAROL JULIETH ZAMBRANO QUINTERO* *PS_4786_2026_9814B2* **CAROL JULIETH ZAMBRANO QUINTERO** **CC: 1001276507**
FIRMA DE QUIEN CONVALIDA EL CUMPLIMIENTO DE LAS OBLIGACIONES PARA EL PRESENTE PERIODO DE PAGO	*LUZ MARINA HERNANDEZ HERNANDEZ* *PS_4786_2026_9814B2* **LUZ MARINA HERNANDEZ HERNANDEZ** **SUPERVISOR DEL CONTRATO**