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: (30-09-2026)					
NOMBRES Y APELLIDOS:	**YOHAAN MIGUEL MEDINA PERDOMO**			**CC:**	**1026291741**
CORREO ELECTRÓNICO:	**MMPERDOMO95@GMAIL.COM**			**TELÉFONO:**	**3008206003**
DIRECCIÓN DOMICILIO:	**CL 7 90 64**			**CIUDAD:**	**BOGOTA**
BANCO AL CUAL CONSIGNAR:	**BANCOLOMBIA**	**TIPO DE CUENTA:**	**AHORROS**	**N° CUENTA:**	**91216851469**
DATOS DEL CONTRATO O ADICION Y PERIODO OBJETO DE PAGO					
Nº DEL CONTRATO:	**PS 1924 2026**	**VALOR CORRESPONDIENTE AL PERIODO OBJETO DE COBRO**			**$ 3.723.720**
FECHA DE INICIO CONTRATO	**2026/02/03**	**FECHA DE TERMINACIÓN CONTRATO:**			**2026/10/31**
PERIODO OBJETO DE COBRO:	**DEL 2026/09/01 AL 2026/09/30**				

YOHAAN MIGUEL MEDINA PERDOMO
PS_1924_2026_F19B71

NOMBRE Y FIRMA DEL CONTRATISTA:
YOHAAN MIGUEL MEDINA PERDOMO
CC: 1026291741
CEL: 3008206003

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			
YOHAAN MIGUEL MEDINA PERDOMO			
	CON C.C N°	**1.026.291.741**	
OBJETO DEL CONTRATO:	PRESTAR SERVICIOS COMO TRABAJADOR SOCIAL PARA DESARROLLAR ACTIVIDADES EN LA OFICINA DE PARTICIPACION COMUNITARIA Y SERVICIO AL CIUDADANO DE LA SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E.		
CONTRATO DE PRESTACION DE SERVICIOS PROFESIONALES No.	**PS 1924 2026**	**FECHA INICIO CONTRATO**	**2026/02/03**
VALOR INICIAL DEL CONTRATO	$ 14.894.880	**No. HORAS EJECUTADAS**	**186**
VALOR TOTAL DEL CONTRATO INCLUIDO ADICIONES:	$ 33.513.480	**VALOR DE HONORARIOS PERÍODO A CERTIFICAR:**	$ 3.723.720
PLAZO DEL CONTRATO INCLUYENDO PRORROGAS	NUEVE (9) MESES		
UNIDAD FUNCIONAL DE EJECUCIÓN DE ACTIVIDADES:	HOSPITAL LA VICTORIA		
NOMBRE DEL SUPERVISOR:	ZULMA JANNETH LÓPEZ CUBIDES		

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	APOYE (10) EN LA ACTIVACION, ORIENTACION Y GESTION DE LAS RUTAS DE ATENCION INTEGRAL EN SALUD EN LOS CASOS RELACIONADOS CON VIOLENCIA FISICA, SEXUAL, PSICOLOGICA O BASADA EN GENERO; CONFLICTO ARMADO; ATAQUES CON AGENTES QUIMICOS; NEGLIGENCIA O ABANDONO; INTENTO DE SUICIDIO; EVENTOS ASOCIADOS A SALUD MENTAL; ENFERMEDADES TRANSMISIBLES; CONDICIONES MATERNO-PERINATALES Y ATENCION A POBLACIONES VULNERABLES, GARANTIZANDO LA APLICACION DEL ENFOQUE DIFERENCIAL Y DE DERECHOS.
2	GESTIONE (90) LAS INTERCONSULTAS POR RIESGO PSICOSOCIAL Y DETERMINANTES SOCIALES DE LA SALUD, EMITIDAS POR LOS PROFESIONALES Y EQUIPOS INTERDISCIPLINARIOS, ASEGURANDO EL REGISTRO SISTEMATICO, EL SEGUIMIENTO EN LA HISTORIA CLINICA, LA TRAZABILIDAD DE LOS CASOS, LA ARTICULACION INTERINSTITUCIONAL Y LOS SOPORTES DE GESTIÓN CORRESPONDIENTES.
3	REALICE EL CENSO HOSPITALARIO CAMA A CAMA (DIARIO), IDENTIFICANDO RIESGOS PSICOSOCIALES, ESTADO DEL ASEGURAMIENTO AL SISTEMA GENERAL DE SEGURIDAD SOCIAL EN SALUD (SGSSS), DIFICULTADES SOCIOECONOMICAS ASOCIADAS A LA CAPACIDAD DE PAGO Y DEMAS FACTORES QUE INCIDAN EN EL BIENESTAR DEL PACIENTE Y SU ENTORNO, ORIENTANDO LA GESTION PARA LA ELIMINACION DE BARRERAS DE ACCESO A LOS SERVICIOS DE SALUD.
4	APOYE (100) EN LA VERIFICACION, GESTION Y SEGUIMIENTO DEL ESTADO DEL ASEGURAMIENTO DE LOS PACIENTES EN EL SISTEMA GENERAL DE SEGURIDAD SOCIAL EN SALUD (SGSSS) QUE PRESENTEN NOVEDADES COMO SUSPENSION POR MORA, CONDICION DE PARTICULAR O RETIRO CONFORME AL DECRETO 616 DE 2022, ACOMPAÑANDO LA SOLICITUD DE ENCUESTA SISBEN Y LA VALORACION DE BARRERAS DE ACCESO A LOS SERVICIOS DE SALUD.
5	APOYE (3) EN LA GESTION DE CASOS DE PACIENTES EN CONDICION DE ABANDONO SOCIAL O SIN RED DE APOYO, DE CONFORMIDAD CON LOS CRITERIOS ESTABLECIDOS POR LA SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE ESE, INCLUYENDO LA CARACTERIZACION SOCIAL, ELABORACION DE INFORMES SOCIALES, GESTION DE CUPOS INSTITUCIONALES, RECONOCIMIENTO DOMICILIARIO Y ARTICULACION CON REDES COMUNITARIAS E INSTITUCIONALES.
6	APOYE EN LA ELABORACION (10) Y SEGUIMIENTO DE ESTUDIOS SOCIALES DE CASO A POBLACION MIGRANTE IRREGULAR, DESCRIBIENDO LA SITUACION DEL PACIENTE, LA INFORMACION SUMINISTRADA POR EL USUARIO Y LA ORIENTACION BRINDADA PARA SU PROCESO DE REGULARIZACION EN EL PAIS, CONFORME A LA NORMATIVIDAD VIGENTE.
7	DILIGENCIE, REGISTRE Y ACTUALICE (130) DE MANERA COMPLETA, LEGIBLE, VERAZ Y OPORTUNA LAS HISTORIAS CLINICAS, REGISTROS Y DEMAS DOCUMENTOS DERIVADOS DE LAS INTERVENCIONES REALIZADAS EN DESARROLLO DEL OBJETO CONTRACTUAL, GARANTIZANDO EL CUMPLIMIENTO DE LA NORMATIVIDAD VIGENTE Y DE LOS PROTOCOLOS INSTITUCIONALES RELACIONADOS CON EL MANEJO DE LA INFORMACION CLINICA. LO ANTERIOR INCLUYE, ENTRE OTROS, EL DILIGENCIAMIENTO DE LA FICHA SIVIM COMO EVENTO DE INTERES EN SALUD PUBLICA, LA APLICACION DEL TEST APGAR FAMILIAR, LA ACTUALIZACION DE BASES DE DATOS INSTITUCIONALES RELACIONADAS CON PACIENTES EN CONDICION DE ABANDONO SOCIAL, CASOS DE VIOLENCIA, POBLACION INDIGENA EMBERA, SOLICITUDES DE OXIGENO, ESTUDIOS SOCIALES DE CASO, ASI COMO LOS DEMAS DOCUMENTOS Y REPORTES QUE SE DERIVAN DEL OBJETO CONTRACTUAL.
8	APOYE (30) EL SEGUIMIENTO SEMANAL A PACIENTES CON CARGO AL FONDO FINANCIERO DISTRITAL DE SALUD (FFDS), GARANTIZANDO LA CONTINUIDAD DE LA ATENCION Y LA ARTICULACION CON LAS AREAS RESPONSABLES.

9	APOYE EL TRAMITE DE SOLICITUDES DE OXIGENO DOMICILIARIO (4), INCLUYENDO LA GESTION DE AUTORIZACIONES, EL SEGUIMIENTO, EL REGISTRO EN LAS BASES INSTITUCIONALES Y LA COMUNICACION CON PACIENTES, FAMILIAS Y AREAS INVOLUCRADAS.
10	GESTIONE (0) LA IDENTIFICACION DE PACIENTES SIN DOCUMENTACION Y NN PUROS, MEDIANTE LA ARTICULACION CON LA REGISTRADURIA NACIONAL DEL ESTADO CIVIL, PERSONERIAS, INSTITUTO NACIONAL DE MEDICINA LEGAL Y CIENCIAS FORENSES, MIGRACION COLOMBIA, EMBAJADAS Y DEMAS ENTIDADES COMPETENTES, GARANTIZANDO EL RESTABLECIMIENTO DEL DERECHO A LA IDENTIDAD.
11	BRINDE (0) ACOMPAÑAMIENTO EN LOS TRASLADOS INTERINSTITUCIONALES HACIA ENTIDADES COMO EL INSTITUTO COLOMBIANO DE BIENESTAR FAMILIAR (ICBF), COMISARIAS DE FAMILIA, FISCALIA GENERAL DE LA NACION, IPS RECEPTORAS Y DEMAS ACTORES DE LA RUTA DE ATENCION INTEGRAL EN SALUD, VELANDO POR LA PROTECCION DE LOS DERECHOS DE LOS PACIENTES.
12	ARTÍCULO (0), A NIVEL EXTRAINSTITUCIONAL, LA ENTREGA DE MEDICAMENTOS FORMULADOS A PACIENTES UBICADOS EN HOGARES SUSTITUTOS O INSTITUCIONES DE PROTECCION QUE NO CUENTEN CON RED DE APOYO FAMILIAR, EN COORDINACION CON LAS AREAS RESPONSABLES.
13	BRINDE (33) ATENCION PSICOSOCIAL Y CONTENCION EMOCIONAL A PACIENTES Y FAMILIAS EN EL MARCO DE PROCESOS CLINICOS Y ADMINISTRATIVOS, PROMOVIENDO EL BIENESTAR EMOCIONAL Y EL AFRONTAMIENTO ADECUADO DE SITUACIONES DE CRISIS.
14	APOYE EL DESARROLLO DE ACTIVIDADES INFORMATIVAS (30), EDUCATIVAS Y DE SENSIBILIZACION DIRIGIDAS A USUARIOS, FAMILIAS, FUNCIONARIOS DE PLANTA, COLABORADORES Y PERSONAL TERCERIZADO, ORIENTADAS A LA APROPIACION DE LOS TEMAS RELACIONADOS CON LAS FUNCIONES DE LA OFICINA DE PARTICIPACION COMUNITARIA Y SERVICIO AL CIUDADANO.
15	REGISTRE (25) DE MANERA OPORTUNA Y COMPLETA LA INFORMACION EN EL SISTEMA DE INFORMACION INSTITUCIONAL SI CUENTANOS, CONFORME A LOS LINEAMIENTOS TECNICOS Y ADMINISTRATIVOS DEFINIDOS POR LA SUBRED.
16	GARANTÍA (57) LA RESERVA, CONFIDENCIALIDAD, PRIVACIDAD Y PROTECCION DE LOS DATOS PERSONALES E INFORMACION DE LOS PACIENTES Y USUARIOS, DANDO CUMPLIMIENTO A LA NORMATIVIDAD VIGENTE YA LOS PROTOCOLOS INTERNOS DE LA SUBRED.
17	PARTICIPE (3) EN REUNIONES, ESPACIOS DE FORTALECIMIENTO, CAPACITACIONES Y ACTIVIDADES CONVOCADAS POR LA OFICINA DE PARTICIPACION COMUNITARIA Y SERVICIO AL CIUDADANO Y/O POR LA SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE ESE
18	APOYE (130) LOS SUBPROCESOS DE LA OFICINA DE PARTICIPACION COMUNITARIA Y SERVICIO AL CIUDADANO, DE ACUERDO CON LAS NECESIDADES DEL SERVICIO DE URGENCIAS.
19	CUMPLI (21) CON LAS OBLIGACIONES CONTRACTUALES DENTRO DE LOS TIEMPOS Y CONDICIONES REQUERIDOS, DE ACUERDO CON LAS NECESIDADES DEL SERVICIO EN LOS CENTROS DE SALUD Y HOSPITALES QUE CONFORMAN LA SUBRED, CONFORME AL PERFIL DEFINIDO.
20	PORTE DE MANERA VISIBLE LOS ELEMENTOS DE IDENTIFICACION INSTITUCIONAL Y MANTENER UNA ADECUADA PRESENTACION PERSONAL, EN CUMPLIMIENTO DE LOS MANUALES Y LINEAMIENTOS INSTITUCIONALES.
21	CUMPLI (21) LAS DEMAS OBLIGACIONES QUE SE DERIVAN DIRECTAMENTE DEL OBJETO CONTRACTUAL. CONTENIDAS EN EL FORMATO DE NECESIDAD DE PERSONAL QUE HACE PARTE INTEGRAL DEL PRESENTE CONTRATO.

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 (2026-09-01) AL (2026-09-30)

IV. INFORMACIÓN DE APORTES A SEGURIDAD SOCIAL

No. DE PLANILLA:	N° 94628375	OPERADOR:	MI PLANILLA

CONCEPTO DEL PAGO	ENTIDAD	FECHA DE PAGO	VALOR PAGADO
SALUD:	COMPENSAR	2026/09/14	$ 219.800
PENSIÓN:	COLFONDOS	2026/09/14	$ 281.300
RIESGOS LABORALES:	AXA COLPATRIA	2026/09/14	$ 42.900
OTRO			

TOTAL PAGADO	$ 544.000

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	*YOHAAN MIGUEL MEDINA PERDOMO* *PS_1924_2026_F19B71* **YOHAAN MIGUEL MEDINA PERDOMO** **CC: 1026291741**
FIRMA DE QUIEN VALIDA	*WILSON ENRIQUE MORENO GARZÓN* *PS_1924_2026_F19B71* **WILSON ENRIQUE MORENO GARZÓN** **SUPERVISOR ALTERNO**
FIRMA DE QUIEN CONVALIDA EL CUMPLIMIENTO DE LAS OBLIGACIONES PARA EL PRESENTE PERIODO DE PAGO	*ZULMA JANNETH LÓPEZ CUBIDES* *PS_1924_2026_F19B71* **ZULMA JANNETH LÓPEZ CUBIDES** **SUPERVISOR DEL CONTRATO**