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:	**MARIA ELENA MENCO ACUÑA**			**CC:**	**1102577217**
CORREO ELECTRÓNICO:	**MMENCOACUNA@GMAIL.COM**			**TELÉFONO:**	**3014502721**
DIRECCIÓN DOMICILIO:	**CL 35A BIS SUR 9 22 B/BARCELONA**			**CIUDAD:**	**BOGOTA**
BANCO AL CUAL CONSIGNAR:	**SCOTIABANK COLPATRIA SA**	**TIPO DE CUENTA:**	**AHORROS**	**N° CUENTA:**	**4182020667**
DATOS DEL CONTRATO O ADICION Y PERIODO OBJETO DE PAGO					
Nº DEL CONTRATO:	**PS 7504 2025**	**VALOR CORRESPONDIENTE AL PERIODO OBJETO DE COBRO**			**$ 1.085.400**
FECHA DE INICIO CONTRATO	**2025/10/09**	**FECHA DE TERMINACIÓN CONTRATO:**			**2026/10/31**
PERIODO OBJETO DE COBRO:	**DEL 2026/08/01 AL 2026/08/31**				

MARIA ELENA MENCO ACUÑA
PS_7504_2025_4A8FA3

NOMBRE Y FIRMA DEL CONTRATISTA:
MARIA ELENA MENCO ACUÑA
CC: 1102577217
CEL: 3014502721

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 ELENA MENCO ACUÑA				
	CON C.C N°	**1.102.577.217**		
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 7504 2025**	**FECHA INICIO CONTRATO**	**2025/10/09**	
VALOR INICIAL DEL CONTRATO	$ 2.285.280	**No. HORAS EJECUTADAS**	**67**	
VALOR TOTAL DEL CONTRATO INCLUIDO ADICIONES:	$ 41.453.122	**VALOR DE HONORARIOS PERÍODO A CERTIFICAR:**	$ 1.085.400	
PLAZO DEL CONTRATO INCLUYENDO PRORROGAS	TRECE (13) 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. Obligación de prestar sus 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: Ejecuté intervenciones extramurales garantizando la aplicación de protocolos asistenciales y normativas vigentes, asegurando oportunidad en la atención y adecuada interacción con la comunidad. 1.2 Productos (evidencias): Registro validado de intervenciones asistenciales en los formatos institucionales aprobados (planillas, fichas y aplicativos establecidos).
2	2. Presentar mensualmente el cronograma de actividades a desarrollar, adicionalmente con la finalización del mes se debe entregar un informe de las actividades desarrolladas para la ejecución de sus actividades. 2.1 Actividades desarrolladas: Elaboré y presenté mensualmente el cronograma de actividades a desarrollar, integrando metas, territorios y tiempos operativos conforme a la planificación del convenio. 2.2 Producto Al finalizar el periodo, consolidé y entregué el informe mensual con la descripción de las actividades ejecutadas.
3	3. Obligación Apoyar la prestación de servicios en el convenio más bienestar equipos básicos extramurales, presentando la información y/o soportes que se solicita conforme a los anexos y lineamientos técnicos del convenio vigente y suscrito entre el FDS y la Subred. 3.1 Actividades desarrolladas: Recolecté y organicé la entrega de información requerida en los anexos técnicos, asegurando su completitud y veracidad. 3.2 Productos (evidencias): Carpeta consolidada de soportes solicitados según lineamientos técnicos.
4	4. Obligación de apoyar las actividades inherentes al objeto del contrato para el mejoramiento continuo de calidad y aquellas definidas dentro de los planos de mejoramiento de los diferentes estándares de habilitación y acreditación de servicios de salud. 4.1 Actividades desarrolladas: Participé en los procesos de auditoría interna y calidad, implementando acciones correctivas y preventivas orientadas al cumplimiento de estándares. 4.2 Productos (evidencias): Actas, informes de acciones de mejora y evidencia de implementación.
5	5. Obligación Realizar apropiación conceptual desde su perfil con los anexos y lineamientos técnicos del convenio más bienestar equipos básicos extramurales suscritos entre el FDS y la Subred. 5.1 Actividades desarrolladas: Actualicé y revisé permanentemente los anexos, lineamientos técnicos y normativos del convenio, aplicándolos en el desarrollo operativo. 5.2 Productos (evidencias): Acta de apropiación de lineamientos.
6	6. Obligación Desarrollar procesos de asistencia técnica desde los diferentes procesos del convenio más bienestar equipos básicos extramurales conforme a su saber disciplinar y profesional, en función de los requerimientos procesos transversales. 6.1 Actividades desarrolladas: Brindé apoyo técnico dentro de las actividades misionales del convenio, ajustándose a los requerimientos metodológicos y disciplinarios. 6.2 Productos (evidencias): Informe técnico breve de acompañamiento asistencial y acciones realizadas.
7	7. Obligación de Realizar la revisión, alistamiento y entrega con calidad de cada uno de los formatos, documentos, bases o informes generados como resultado de las intervenciones realizadas en cumplimiento a los anexos y lineamientos técnicos del convenio más bienestar equipos básicos extramurales vigentes y suscrito entre el FDS y la Subred. 7.1 Actividades desarrolladas: Verifiqué la calidad, exactitud y completitud de todos los formatos y documentos generados en campo antes de su entrega. 7.2 Productos (evidencias): Paquete documental revisado, foliado y entregado según ruta institucional.
8	8. Participar y gestionar los acercamientos comunitarios e institucionales que se requieran, para el desarrollo de las acciones de cada proceso. 8.1 Actividades desarrolladas: Participé y gestioné los acercamientos comunitarios e institucionales requeridos, realizando articulación con actores del territorio, coordinando las acciones necesarias y efectuando comunicaciones previas para el desarrollo de las actividades programadas. 8.2 Productos (evidencias): Registros de actividades comunitarias e institucionales (actas, listados de asistencia y soportes de visita).
9	9. Obligación Activar y notificar los eventos de interés en salud pública detectados en cada una de sus intervenciones. 9.1 Actividades desarrolladas: Identifiqué, clasifiqué y reporté oportunamente eventos de interés en salud pública según lineamiento del SIVIGILA y rutas SDS. 9.2 Productos (evidencias): Formato de notificación individual o colectiva debidamente diligenciado.

10	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 más bienestar equipos básicos extramurales suscritos entre el FDS y la Subred. 10.1 Actividades desarrolladas: Asistí a las convocatorias técnicas y apliqué los lineamientos recibidos en las actividades extramurales. 10.2 Productos (evidencias): Registro de asistencia o evidencia de participación en asistencia técnica.
11	11. Obligación Organizar el archivo de la documentación generada de acuerdo con la normatividad y tabla de retención documental. 11.1 Actividades desarrolladas: Clasifiqué y custodiaré la documentación generada en campo conforme a la TRD, asegurando conservación y acceso eficiente. 11.2 Productos (evidencias): Archivo físico o digital organizado según criterios de TRD.
12	12. Obligación de realizar las demás obligaciones que se relacionen con el objeto del contrato y que sean requeridas por la supervisión. 12.1 Actividades desarrolladas: Ejecuté actividades adicionales asignadas, siempre marcadas en el objeto contractual y conforme a procedimientos de la Subred. 12.2 Productos (evidencias): Registro o evidencia de cumplimiento de la actividad asignada.
13	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 Actividades desarrolladas: Apliqué instrumentos de caracterización demográfica y clínica (APGAR, antropometría, FINDRISC, EPOC, planilla de firmas) conforme a lineamientos 3280/2018 y SDS. 13.2 Productos (evidencias): Formato de caracterización completo, con tamizajes y registros clínicos adjuntos.
14	14. Obligación de 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 Actividades desarrolladas: Registré diariamente la información de caracterización en GTAPS dentro de las primeras 24 horas, asegurando validación y calidad del dato. 14.2 Productos (evidencias): Captura de carga en GTAPS o informe de consolidación diaria del sistema.
15	15.Obligación: Presentar actividades de entregas de planillas con calidad, sin enmendaduras.15.1 Actividad desarrollada: Diligencié las planillas de caracterización de manera completa, clara y sin enmendaduras, garantizando la calidad del registro. Revisé la información consignada antes de su entrega para verificar coherencia y exactitud de los datos. 15.2 Producto (evidencia) Entregué las planillas organizadas y firmadas al supervisor, dejando constancia de recibido como producto de cumplimiento.
16	16. Presentar informe de caracterización y seguimiento territorial. 16.1 Actividades desarrolladas: Realicé la caracterización de las familias asignadas en el territorio, identifiqué condiciones de salud y factores de riesgo, y consolidé la información en el formato institucional establecido. 16.2 producto(evidencia) entregué informe de seguimiento firmado como producto verificable de cumplimiento.
17	17. Obligación: Participar en el comité territorial para revisión y análisis de información. 17.1 Actividad desarrollada: Asistí al comité territorial programado. 17.2 producto: firmé listado de asistencia y dejé registrados mis aportes en el acta como producto de cumplimiento.
18	18. Obligación de 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 la Secretaría Distrital de Salud). 18.1 Actividades desarrolladas: Registré con calidad la información de visitas e intervenciones en los instrumentos físicos y digitales definidos por la SDS. 18.2 Productos (evidencias): Planillas y registros en aplicativo en línea debidamente diligenciados.
19	19. Obligación de gestionar y activar los riesgos en salud identificados con oportunidad a través de la agenda, activaciones de ruta o formatos de notificación de eventos de interés en salud pública según corresponda. 19.1 Actividades desarrolladas: Activé rutas de atención, realicé agendas y diligencié los formatos de notificación según el riesgo identificado. 19.2 Productos (evidencias): Formato de activación de ruta o informe de riesgo gestionado
20	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 éste se derivan. 20.1 Actividades desarrolladas: Desarrollé las actividades misionales asignadas siguiendo estrictamente los lineamientos del convenio y procesos operativos establecidos. 20.2 Productos (evidencias): Informe de cumplimiento de actividades según metas y productos del anexo técnico.

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° 38045549	OPERADOR:	ASOPAGOS
CONCEPTO DEL PAGO	ENTIDAD	FECHA DE PAGO	VALOR PAGADO
SALUD:	MUTUALSER	2026/08/13	$ 218.900
PENSIÓN:	PORVENIR	2026/08/13	$ 280.200

RIESGOS LABORALES:	SURA	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	*MARIA ELENA MENCO ACUÑA* *PS_7504_2025_4A8FA3* **MARIA ELENA MENCO ACUÑA** **CC: 1102577217**
FIRMA DE QUIEN VALIDA	*LUZ ADRIANA CALDERON RAMIREZ* *PS_7504_2025_4A8FA3* **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_7504_2025_4A8FA3* **LIDA ESPERANZA MONTENEGRO PARRA** **SUPERVISOR DEL CONTRATO**