**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:** | **GLORIA ESPERANZA PORRAS CASTELLANOS** | | | **CC:** | **1002677907** |
| **CORREO ELECTRÓNICO:** | **GLORIAESCA11@HOTMAIL.COM** | | | **TELÉFONO:** | **3125123536** |
| **DIRECCIÓN DOMICILIO:** | **KR 4K 52A 68 SUR** | | | **CIUDAD:** | **BOGOTA** |
| **BANCO AL CUAL CONSIGNAR:** | **BANCO DAVIVIENDA S.A.** | **TIPO DE CUENTA:** | **AHORROS** | **N° CUENTA:** | **008400771815** |
| **DATOS DEL CONTRATO O ADICION Y PERIODO OBJETO DE PAGO** | | | | | |
| **Nº DEL CONTRATO:** | **PS 7399 2025** | **VALOR CORRESPONDIENTE AL PERIODO OBJETO DE COBRO** | | | **$ 858.600** |
| **FECHA DE INICIO CONTRATO** | **2025/10/07** | **FECHA DE TERMINACIÓN CONTRATO:** | | | **2026/10/31** |
| **PERIODO OBJETO DE COBRO:** | **DEL 2026/08/01 AL 2026/08/31** | | | | |

*GLORIA ESPERANZA PORRAS CASTELLANOS*
*PS_7399_2025_A42A07*

**NOMBRE Y FIRMA DEL CONTRATISTA:**
**GLORIA ESPERANZA PORRAS CASTELLANOS**
**CC: 1002677907**
**CEL: 3125123536**

| | | |
|---|---|---|
| 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**<br>**APOYO - GESTION DE CONTRATACIÓN**<br>**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**<br>**VERSIÓN: 2**<br>**FECHA: 2025-06-09** |

| | | | |
|---|---|---|---|
| **CELEBRADO ENTRE LA SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E Y** | | | |
| **GLORIA ESPERANZA PORRAS CASTELLANOS** | | | |
| | **CON C.C N°** | **1.002.677.907** | |
| **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 7399 2025** | **FECHA INICIO CONTRATO** | **2025/10/07** |
| **VALOR INICIAL DEL CONTRATO** | $ 2.484.000 | **No. HORAS EJECUTADAS** | **53** |
| **VALOR TOTAL DEL CONTRATO INCLUIDO ADICIONES:** | $ 50.471.023 | **VALOR DE HONORARIOS PERÍODO A CERTIFICAR:** | $ 858.600 |
| **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**<br>**(Deben ser coherentes con las obligaciones específicas del contrato realizadas durante el mes)** |
|---|---|
| 1 | Obligación 1: PRESTAR SUS SERVICIOS CON CALIDAD Y OPORTUNIDAD, PARA EL DESARROLLO DE LAS ACTIVIDADES DEL CONVENIO MAS BIENESTAR EQUIPOS BÁSICOS EXTRAMURALES, SUSCRITO ENTRE EL SDS Y LA SUBRED.<br><br>1.1 actividades desarrolladas: Preste mis servicios con calidad y oportunidad desarrollando actividades del convenio Mas Bienestar a familias que fueron identificadas en el mes de agosto 2026 en la localidad Rafael Uribe Uribe dejando registrado en aplicativo GTAPS-SDS<br>1.2 Productos (evidencia): validación de Familias cargadas en aplicativo GTAS-SDS cargados en un tiempo de 24 horas de la intervención |
| 2 | Obligación 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.<br><br>2.1 actividades desarrolladas: para el mes de agosto 2026 dicha actividad no realice |
| 3 | Obligación 3: APOYAR LA PRESTACIÓN DE SERVICIOS EN EL DEL CONVENIO MAS BIENESTAR EQUIPOS BÁSICOS EXTRAMURALES, PRESENTANDO LA INFORMACIÓN Y/O SOPORTES QUE SE SOLICITE CONFORME A LOS ANEXOS Y LINEAMIENTOS TÉCNICOS DEL CONVENIO VIGENTE Y SUSCRITO ENTRE EL FDS Y LA SUBRED.<br><br>3.1 actividades desarrolladas: apoye la prestación de servicios mediante la digitación de la información de las actividades extra murales realizadas<br><br>3.2 Productos (evidencia): como evidencia con sus respectivos soportes actas formatos de firmas y anexos |
| 4 | Obligación 4: APOYAR LAS ACTIVIDADES INHERENTES AL OBJETO DEL CONTRATO PARA EL MEJORAMIENTO CONTINUO DE CALIDAD Y AQUELLAS DEFINIDAS DENTRO DE LOS PLANES DE MEJORAMIENTO DE LOS DIFERENTES ESTÁNDARES DE HABILITACIÓN Y ACREDITACIÓN DE SERVICIOS DE SALUD.<br><br>4.1 actividades desarrolladas: apoye las actividades de la subred encaminadas al mejoramiento de las actividades establecidas con calidad Rafael Uribe Uribe en los servicios de salud<br>4.2 Productos (evidencia): validación de actas con las respectivas firmas de la asistencia |
| 5 | Obligación 5: 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.<br><br>5.1 actividades desarrolladas: Realice lectura y apropiación conceptual de lineamientos, fichas técnicas y anexos del convenio Mas Bienestar equipos básicos extra murales<br>5.2 Productos (evidencia): como evidencia respectivas actas de las mismas con la respectiva apropiación |
| | Obligación 6: 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.<br><br>6.1 actividades desarrolladas: cumplí asistiendo a respectivas asistencias técnicas y fortalecimientos convocados por líderes operativos y las exigencias del convenio |

| | |
|---|---|
| 6 | 6.2 Productos (evidencia): como evidencia las actas de firmas de asistencias en su respectiva fecha |
| 7 | Obligación 7: 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.<br><br>7.1 actividades desarrolladas: Realice entrega de formatos de planilla de firmas con calidad plasmando información de los usuarios captados en las intervenciones realizadas en el mes de agosto 2026<br>7.2 Productos (evidencia): se evidencia al 100 % de los respectivos formatos en físico entregados a líder operativo |
| 8 | Obligación 8: PARTICIPAR Y GESTIONAR LOS ACERCAMIENTOS COMUNITARIOS E INSTITUCIONALES QUE SE REQUIERAN, PARA EL DESARROLLO DE LAS ACCIONES DE CADA PROCESO.<br>8.1 actividades desarrolladas: Participe en jornadas comunitarias o institucionales establecidas por la subred centro oriente durante el mes de agosto 2026<br>8.2 Productos (evidencia): como evidencia se dejan respectivas actas de las jornadas con las firmas de asistencia del día que se realiza |
| 9 | Obligación 9: ACTIVAR Y NOTIFICAR LOS EVENTOS DE INTERÉS EN SALUD PÚBLICA DETECTADOS EN CADA UNA DE SUS INTERVENCIONES.<br><br>9.1 actividades desarrolladas: Realice derivaciones y notificaciones respectivas por cada usuario según el riesgo identificado para dar respuesta a las necesidades identificadas en la localidad de Rafael Uribe Uribe<br>9.2 Productos (evidencia): reportes a líder operativo y con sus respectivos formatos, correos electrónicos con su respectiva canalización |
| 10 | Obligación 10: 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.<br><br>10.1 actividades desarrolladas: Participe en asistencias técnicas convocada por secretaria de salud y la subred centro oriente firmando acta de asistencia como constancia<br>10.2 Productos (evidencia): como soporte se encuentran las respectivas actas en físico realizadas durante la jornada |
| 11 | Obligación 11: ORGANIZAR EL ARCHIVO DE LA DOCUMENTACIÓN GENERADA DE ACUERDO CON LA NORMATIVIDAD Y TABLA DE RETENCIÓN DOCUMENTAL.<br>11.1 actividades desarrolladas: Organice las planillas de firmas revisando que se encontraran con la calidad establecida sin enmendaduras sin tachones<br>11.2 Productos (evidencia): como evidencia las planillas de firmas en físico entregadas a técnico de la localidad Rafael Uribe uribe con la respectiva calidad |
| 12 | Obligación 12: REALIZAR LAS DEMÁS OBLIGACIONES QUE SE RELACIONEN CON EL OBJETO DEL CONTRATO Y QUE SEAN REQUERIDAS POR LA SUPERVISIÓN.<br><br>12.1 actividades desarrolladas: realice desplazamiento a territorio asignado para realizar caracterización sociodemográfica de casos de ruteo, seguimientos a prioridades por los equipos básicos extra murales familias<br>12.2 Productos (evidencia): el 100 % de las familias se evidencian digitadas Y retroalimentadas casos de ruteo en el aplicativo GTAPS |
| 13 | Obligación 13: 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.<br>13.1 actividades desarrolladas: Realice caracterizaciones a familias del territorio identificando sus riesgos aplicando los respectivos tamizajes, toma de signos vitales e identificación del riesgo y dando respuesta a sus necesidades en salud<br>13.2 Productos (evidencia): plasmando la información obtenida en del territorio en aplicativo GTAPS con el registro de medidas antropométricas cuestionario apgar,findrisc,oms,epoc y las planillas de firmas que se encuentran en físico |
| 14 | Obligación 14: 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.<br><br>14.1 actividades desarrolladas: Plasme a diario con calidad y oportunidad la información obtenida durante la caracterización sociodemográfica con un tiempo de las 24 horas<br>14.2 Productos (evidencia): se evidencia en el aplicativo GTAPS-SDS el 100 % de las familias reportadas en el mes de agosto 2026 |
| 15 | Obligación 15: PRESENTAR EL CRONOGRAMA DE ACTIVIDADES E INSUMOS PREPARADOS (MAPAS BASE, MATRICES, CARTOGRAFÍA, DATOS CATASTRALES Y POBLACIONALES).<br>15.1 actividades desarrolladas: Retroalimente base de ruteo mapas datos catastrales con los hallazgos obtenidos durante la búsqueda dando respuesta a cada uno<br>15.2 Productos (evidencia): como evidencia la retroalimentación en aplicativo GTAPS de las familias enviadas por base ruteo y dando estado de efectividad a los respectivos predios asignados |
| 16 | Obligación 16: 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.<br>16.1 actividades desarrolladas: para el mes de agosto 2026 dicha actividad no realice |

| | |
|---|---|
| 17 | Obligación 17: 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).<br>17.1 actividades desarrolladas: Asistí a comités de cuidado de la localidad correspondiente al mes de agosto 2026 en la fecha que convoco el líder operativo<br>17.2 Productos (evidencia): como evidencia del producto se realiza la respectiva firma de actas de asistencia durante la jornada |
| 18 | Obligación 18: 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 SECRETARIA DISTRITAL DE SALUD).<br>18.1 actividades desarrolladas: Realice el registro las actividades realizadas durante el mes de agosto 2026 con calidad para su respectiva auditoria en aplicativo GTAPS-SDS<br>18.2 Productos (evidencia): se evidencia el aplicativo en línea con las familias ingresadas durante el mes de agosto 2026 con sus respectivas planillas de firmas en físico |
| 19 | Obligación 19: 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.<br>19.1 actividades desarrolladas: Realice proceso de agendamiento en tiempo real a usuarios tipo 4, respectivas activaciones de ruta y derivaciones a profesionales según lo identificado a nivel familiar<br>19.2 Productos (evidencia): como evidencia se verifica las familias tipo 4 agendadas plasmadas en base de agendamiento y en aplicativo GTAPS, formatos y correos electrónicos de activaciones y notificaciones respectivas |
| 20 | Obligación 20: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 actividades desarrolladas: Cumplí con calidad a la cantidad de actividades establecidas durante el mes de agosto 2026 requeridas por la secretaria de salud y la subred centro orienté dejando registro en aplicativo 20.2 Productos (evidencia): como evidencia del producto se registran la cantidad de familias identificadas durante el mes de agosto 2026 en aplicativo GTAPS y respectivo pre auditorio con la validación de la meta ejecutada |

**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° 1083635015 | OPERADOR: | SIMPLE |

| CONCEPTO DEL PAGO | ENTIDAD | FECHA DE PAGO | VALOR PAGADO |
|---|---|---|---|
| SALUD: | SALUD TOTAL | 2026/08/11 | $ 218.900 |
| PENSIÓN: | PROTECCION | 2026/08/11 | $ 280.200 |
| RIESGOS LABORALES: | SEGUROS BOLIVAR | 2026/08/11 | $ 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** | *GLORIA ESPERANZA PORRAS CASTELLANOS*<br>*PS_7399_2025_A42A07*<br>**GLORIA ESPERANZA PORRAS CASTELLANOS**<br>**CC: 1002677907** |
| **FIRMA DE QUIEN VALIDA** | *LUZ ADRIANA CALDERON RAMIREZ*<br>*PS_7399_2025_A42A07*<br>**LUZ ADRIANA CALDERON RAMIREZ**<br>**SUPERVISOR ALTERNO** |
| **FIRMA DE QUIEN CONVALIDA EL CUMPLIMIENTO DE LAS OBLIGACIONES PARA EL PRESENTE PERIODO DE PAGO** | *LIDA ESPERANZA MONTENEGRO PARRA*<br>*PS_7399_2025_A42A07*<br>**LIDA ESPERANZA MONTENEGRO PARRA**<br>**SUPERVISOR DEL CONTRATO** |