**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:** | **NASLYN YULIANA SANCHEZ TRILLOS** | | | **CC:** | **1067806635** |
| **CORREO ELECTRÓNICO:** | **NASLYNSANCHEZ2220@GMAIL.COM** | | | **TELÉFONO:** | **3224265371** |
| **DIRECCIÓN DOMICILIO:** | **CL 2 SUR 19 29** | | | **CIUDAD:** | **BOGOTA** |
| **BANCO AL CUAL CONSIGNAR:** | **BANCO DAVIVIENDA S.A.** | **TIPO DE CUENTA:** | **AHORROS** | **N° CUENTA:** | **488452472175** |
| **DATOS DEL CONTRATO O ADICION Y PERIODO OBJETO DE PAGO** | | | | | |
| **Nº DEL CONTRATO:** | **PS 4789 2026** | **VALOR CORRESPONDIENTE AL PERIODO OBJETO DE COBRO** | | | **$ 2.500.008** |
| **FECHA DE INICIO CONTRATO** | **2026/08/20** | **FECHA DE TERMINACIÓN CONTRATO:** | | | **2026/10/31** |
| **PERIODO OBJETO DE COBRO:** | **DEL 2026/09/01 AL 2026/09/30** | | | | |

*NASLYN YULIANA SANCHEZ TRILLOS*
*PS_4789_2026_257FE3*

**NOMBRE Y FIRMA DEL CONTRATISTA:**
**NASLYN YULIANA SANCHEZ TRILLOS**
**CC: 1067806635**
**CEL: 3224265371**

| | | |
|---|---|---|
| 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**

**NASLYN YULIANA SANCHEZ TRILLOS**

| | |
|---|---|
| **CON C.C N°** | **1.067.806.635** |

| | |
|---|---|
| **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 4789 2026** | **FECHA INICIO CONTRATO** | **2026/08/20** |
| **VALOR INICIAL DEL CONTRATO** | $ 1.083.337 | **No. HORAS EJECUTADAS** | **184** |
| **VALOR TOTAL DEL CONTRATO INCLUIDO ADICIONES:** | $ 6.083.353 | **VALOR DE HONORARIOS PERÍODO A CERTIFICAR:** | $ 2.500.008 |
| **PLAZO DEL CONTRATO INCLUYENDO PRORROGAS** | TRES (3) 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 | 1.Verificación de frecuencia de uso según el esquema de intervenciones/atenciones en salud individuales definido en el lineamiento técnico y operativo de la RPMS (Resolución 3280-2018), con el fin de definir el tipo de atención que le corresponde a cada usuario. |
| 2 | 2. Garantizar la apertura de la historia clínica en el aplicativo Dinamica Gerencial y el aplicativo GTAPS de la SDS. |
| 3 | 3. Establecer la prioridad de la familia: Alta, Media o Baja, según las condiciones clínicas de cada uno de los integrantes y realizar periódicamente el debido seguimiento y cierre del caso en el aplicativo GTAPS de acuerdo a la prioridad del caso |
| 4 | 4. Diligenciar el formato de usuarios caracterizados con criterios de calidad, oportunidad y pertinencia. |
| 5 | 5.Asistir a capacitaciones, comités y /o convocatorias |
| 6 | 6.Realizar valoración integral a usuarios al momento de la intervención, identificación de riesgos y derivación de los mismos |
| 7 | Las actividades se realizarán intramural, extramural y/o administrativas. |
| 8 | Realizar valoraciones Integrales en Jornadas de Salud |
| 9 | Realizar demás actividades relacionadas con el objeto contractual que asigne el supervisor del contrato bajo el CONVENIO DE EBS DE MINISTERIO DE SALUD Y PROTECCIÓN SOCIAL según resolución 1499 26-08-2024 y todas aquellas que adicionen o se realicen modificaciones |
| 10 | Consultar en el aplicativo PAI web 2.0 de la Secretaria Distrital de Salud el esquema de vacunación del usuario. En caso de no encontrar registro completo de los biológicos, informar al profesional de PAI. |

**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° 9511097116 | OPERADOR: | APORTES EN LINEA |
| CONCEPTO DEL PAGO | ENTIDAD | FECHA DE PAGO | VALOR PAGADO |
| SALUD: | SANITAS | 2026/09/14 | $ 80.249 |

| | | | |
|---|---|---|---|
| PENSIÓN: | PORVENIR | 2026/09/14 | $ 102.718 |
| RIESGOS LABORALES: | SURA | 2026/09/14 | $ 15.638 |
| OTRO | | | |
| TOTAL PAGADO | | | $ 198.605 |

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** | *NASLYN YULIANA SANCHEZ TRILLOS*<br>*PS_4789_2026_257FE3*<br>**NASLYN YULIANA SANCHEZ TRILLOS**<br>**CC: 1067806635** |
| **FIRMA DE QUIEN CONVALIDA EL CUMPLIMIENTO DE LAS OBLIGACIONES PARA EL PRESENTE PERIODO DE PAGO** | *LUZ MARINA HERNANDEZ HERNANDEZ*<br>*PS_4789_2026_257FE3*<br>**LUZ MARINA HERNANDEZ HERNANDEZ**<br>**SUPERVISOR DEL CONTRATO** |