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:	**ESTEFANY PABA ALTAMIRANDA**			**CC:**	**1033820749**
CORREO ELECTRÓNICO:	**lorenashary04@gmail.com**			**TELÉFONO:**	**3204362284**
DIRECCIÓN DOMICILIO:	**CL 48 SUR 5D 38**			**CIUDAD:**	**BOGOTA**
BANCO AL CUAL CONSIGNAR:	**BANCO DAVIVIENDA S.A.**	**TIPO DE CUENTA:**	**AHORROS**	**N° CUENTA:**	**008380456171**
DATOS DEL CONTRATO O ADICION Y PERIODO OBJETO DE PAGO					
Nº DEL CONTRATO:	**PS 4926 2026**	**VALOR CORRESPONDIENTE AL PERIODO OBJETO DE COBRO**			**$ 910.329**
FECHA DE INICIO CONTRATO	**2026/09/11**	**FECHA DE TERMINACIÓN CONTRATO:**			**2026/10/31**
PERIODO OBJETO DE COBRO:	**DEL 2026/09/11 AL 2026/09/30**				

ESTEFANY PABA ALTAMIRANDA
PS_4926_2026_F63862

NOMBRE Y FIRMA DEL CONTRATISTA:
ESTEFANY PABA ALTAMIRANDA
CC: 1033820749
CEL: 3204362284

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			
ESTEFANY PABA ALTAMIRANDA			
	CON C.C N°	**1.033.820.749**	
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 4926 2026**	**FECHA INICIO CONTRATO**	**2026/09/11**
VALOR INICIAL DEL CONTRATO	$ 4.250.014	**No. HORAS EJECUTADAS**	**67**
VALOR TOTAL DEL CONTRATO INCLUIDO ADICIONES:	$ 4.250.014	**VALOR DE HONORARIOS PERÍODO A CERTIFICAR:**	$ 910.329
PLAZO DEL CONTRATO INCLUYENDO PRORROGAS	UN (01) MES Y VEINTIUN (21) 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	REALIZAR LA APROPIACIÓN CONCEPTUAL, TÉCNICA Y OPERATIVA DE LA RESOLUCIÓN 711 DEL 24 DE ABRIL DE 2025, LA RESOLUCIÓN 3280 DE 2018 (RPMS), EL LINEAMIENTO TÉCNICO-OPERATIVO DE EQUIPOS BÁSICOS DE SALUD: CONFORMACIÓN, OPERACIÓN Y SEGUIMIENTO, ASÍ COMO DE TODAS AQUELLAS 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	PARTICIPAR DE MANERA INDELEGABLE EN LAS CAPACITACIONES RELACIONADAS CON LOS APLICATIVOS REQUERIDOS PARA EL REGISTRO DE LAS INTERVENCIONES, TALES COMO GTAPS, DINÁMICA GERENCIAL, PAI WEB 2.0 Y LOS DEMÁS SISTEMAS DEFINIDOS POR LA SECRETARÍA DISTRITAL DE SALUD, EL MINISTERIO DE SALUD Y PROTECCIÓN SOCIAL Y LA SUBRED.
3	REALIZAR LA CARACTERIZACIÓN SOCIODEMOGRÁFICA DE LOS USUARIOS Y FAMILIAS ASIGNADAS, GARANTIZANDO EL CUMPLIMIENTO DE LA META ESTABLECIDA POR FAMILIAS DURANTE EL PERÍODO CONTRACTUAL, CONFORME AL MODELO PREVENTIVO Y PREDICTIVO Y EL ENFOQUE DE APS.
4	EJECUTAR LOS TAMIZAJES DEFINIDOS EN EL LINEAMIENTO TÉCNICO DURANTE EL PROCESO DE CARACTERIZACIÓN, INCLUYENDO APGAR FAMILIAR, TOMA DE MEDIDAS ANTROPOMÉTRICAS CONFORME A LA RESOLUCIÓN 3280 DE 2018 Y LINEAMIENTOS DE LA OMS, APLICACIÓN DE FINDRISC, CUESTIONARIO DE EPOC Y DILIGENCIAMIENTO DE PLANILLAS DE FIRMAS.
5	REALIZAR LA VALORACIÓN INTEGRAL DE LOS USUARIOS AL MOMENTO DE LA INTERVENCIÓN, IDENTIFICAR RIESGOS INDIVIDUALES Y FAMILIARES Y EFECTUAR LA DERIVACIÓN O DIRECCIONAMIENTO OPORTUNO SEGÚN EL ANÁLISIS DE RIESGO, CURSO DE VIDA Y CONDICIÓN DE SALUD EN COHERENCIA CON EL MODELO PREVENTIVO Y PREDICTIVO.
6	CUANDO SE IDENTIFIQUE POBLACIÓN PRIORIZADA (GESTANTES, MENORES DE CINCO AÑOS, PERSONAS CON ENFERMEDADES CRÓNICAS, ADULTOS MAYORES, PERSONAS CON DISCAPACIDAD O DEPENDENCIA Y CUIDADORES), DEBERÁ PROGRAMAR VISITA DE SEGUIMIENTO GARANTIZANDO LA ATENCIÓN INTEGRAL POR PARTE DEL EQUIPO.
7	VERIFICAR LA FRECUENCIA DE USO DE LOS SERVICIOS DE SALUD CONFORME AL ESQUEMA DE INTERVENCIONES Y ATENCIONES INDIVIDUALES ESTABLECIDO EN EL LINEAMIENTO TÉCNICO-OPERATIVO Y RESOLUCIÓN 3280 DE 2018, CON EL FIN DE DEFINIR EL TIPO DE ATENCIÓN QUE CORRESPONDE A CADA USUARIO.
8	PROGRAMAR, REALIZAR Y REGISTRAR LAS ATENCIONES EN SALUD CONFORME A LA PERIODICIDAD ESTABLECIDA, LA CLASIFICACIÓN FAMILIAR (ALTA, MEDIA Y BAJA) Y EL TIPO DE FAMILIA (1, 2, 3 Y 4), EN MODALIDAD PRESENCIAL O TELEFÓNICA, DE ACUERDO CON LA CONDICIÓN DE SALUD Y LINEAMIENTOS TÉCNICOS VIGENTES.
9	EN CASO DE IDENTIFICAR INTEGRANTES PERTENECIENTES A POBLACIÓN PRIORIZADA, TALES COMO MUJERES GESTANTES, NIÑOS MENORES DE CINCO AÑOS, PERSONAS CON ENFERMEDADES CRÓNICAS, ADULTOS MAYORES, PERSONAS CON DISCAPACIDAD O DEPENDENCIA Y SUS CUIDADORES, PROGRAMAR UNA NUEVA VISITA GARANTIZANDO LA PRESENCIA DEL USUARIO Y LA ATENCIÓN INTEGRAL POR PARTE DEL EQUIPO.
10	CONSULTAR EL ESQUEMA DE VACUNACIÓN DE LOS USUARIOS EN EL APLICATIVO PAI WEB 2.0 Y, EN CASO DE IDENTIFICAR ESQUEMAS INCOMPLETOS O INCONSISTENCIAS, INFORMAR OPORTUNAMENTE AL PROFESIONAL RESPONSABLE DEL PROGRAMA AMPLIADO DE INMUNIZACIÓN.

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 (2026-09-11) AL (2026-09-30)

IV. INFORMACIÓN DE APORTES A SEGURIDAD SOCIAL

No. DE PLANILLA:	N°	OPERADOR:	

CONCEPTO DEL PAGO	ENTIDAD	FECHA DE PAGO	VALOR PAGADO
SALUD:	CAPITAL SALUD		$ 0
PENSIÓN:	PROTECCION		$ 0
RIESGOS LABORALES:	SURA		$ 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	*ESTEFANY PABA ALTAMIRANDA* *PS_4926_2026_F63862* **ESTEFANY PABA ALTAMIRANDA** **CC: 1033820749**
FIRMA DE QUIEN CONVALIDA EL CUMPLIMIENTO DE LAS OBLIGACIONES PARA EL PRESENTE PERIODO DE PAGO	*LUZ MARINA HERNANDEZ HERNANDEZ* *PS_4926_2026_F63862* **LUZ MARINA HERNANDEZ HERNANDEZ** **SUPERVISOR DEL CONTRATO**