**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:** | **DANIELA FLOREZ SUAREZ** | | | **CC:** | **1022426365** |
| **CORREO ELECTRÓNICO:** | **danielaflorez5@gmail.com** | | | **TELÉFONO:** | **3209499702** |
| **DIRECCIÓN DOMICILIO:** | **KR 4 ESTE 32B 31** | | | **CIUDAD:** | **BOGOTA** |
| **BANCO AL CUAL CONSIGNAR:** | **BANCO DAVIVIENDA S.A.** | **TIPO DE CUENTA:** | **AHORROS** | **N° CUENTA:** | **488400722846** |
| **DATOS DEL CONTRATO O ADICION Y PERIODO OBJETO DE PAGO** | | | | | |
| **Nº DEL CONTRATO:** | **PS 4922 2026** | **VALOR CORRESPONDIENTE AL PERIODO OBJETO DE COBRO** | | | **$ 543.480** |
| **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** | | | | |

*DANIELA FLOREZ SUAREZ*
*PS_4922_2026_2778DE*

**NOMBRE Y FIRMA DEL CONTRATISTA:**
**DANIELA FLOREZ SUAREZ**
**CC: 1022426365**
**CEL: 3209499702**

| | | |
|---|---|---|
| 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** | | | |
| **DANIELA FLOREZ SUAREZ** | | | |
| | **CON C.C N°** | **1.022.426.365** | |
| **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 4922 2026** | **FECHA INICIO CONTRATO** | **2026/09/11** |
| **VALOR INICIAL DEL CONTRATO** | $ 4.250.014 | **No. HORAS EJECUTADAS** | **40** |
| **VALOR TOTAL DEL CONTRATO INCLUIDO ADICIONES:** | $ 4.250.014 | **VALOR DE HONORARIOS PERÍODO A CERTIFICAR:** | $ 543.480 |
| **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 APROPIACION CONCEPTUAL, TÉCNICA Y OPERATIVA DE LA RESOLUCION 711 DEL 24 DE ABRIL DE 2025, LA RESOLUCION 3280 DE 2018 (RPMS), EL LINEAMIENTO TÉCNICO-OPERATIVO DE EQUIPOS BÁSICOS DE SALUD: CONFORMACION, OPERACION 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 ATENCION PRIMARIA EN SALUD (APS). |
| 2 | ARTICIPAR 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 PROTECCION SOCIAL Y LA SUBRED. |
| 3 | REALIZAR LA CARACTERIZACION 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 LOSTAMIZAJES DEFINIDOS EN EL LINEAMIENTO TÉCNICO DURANTE EL PROCESO DE CARACTERIZACION, INCLUYENDO APGAR FAMILIAR, TOMA DE MEDIDAS ANTROPOMÉTRICAS CONFORME A LA RESOLUCION 3280 DE 2018 Y LINEAMIENTOS DE LA OMS, APLICACION DE FINDRISC, CUESTIONARIO DE EPOC Y DILIGENCIAMIENTO DE PLANILLAS DE FIRMAS. |
| 5 | REALIZAR LA VALORACION INTEGRAL DE LOS USUARIOS AL MOMENTO DE LA INTERVENCION, IDENTIFICAR RIESGOS INDIVIDUALES Y FAMILIARES Y EFECTUAR LA DERIVACION O DIRECCIONAMIENTO OPORTUNO SEGUN EL ANÁLISIS DE RIESGO, CURSO DE VIDA Y CONDICION DE SALUD EN COHERENCIA CON EL MODELO PREVENTIVO Y PREDICTIVO, CUANDO SE IDENTIFIQUE POBLACION PRIORIZADA (GESTANTES, MENORES DE CINCO AÑOS, PERSONAS CON ENFERMEDADES CRONICAS, ADULTOS MAYORES, PERSONAS CON DISCAPACIDAD O DEPENDENCIA Y CUIDADORES), DEBERÁ PROGRAMAR VISITA DE SEGUIMIENTO GARANTIZANDO LA ATENCION INTEGRAL POR PARTE DEL EQUIPO. |
| 6 | 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 RESOLUCION 3280 DE 2018, CON EL FIN DE DEFINIR EL TIPO DE ATENCION QUE CORRESPONDE A CADA USUARIO |
| 7 | PROGRAMAR, REALIZAR Y REGISTRAR LAS ATENCIONES EN SALUD CONFORME A LA PERIODICIDAD ESTABLECIDA, LA CLASIFICACION FAMILIAR (ALTA, MEDIA Y BAJA) Y EL TIPO DE FAMILIA (1, 2, 3 Y 4), EN MODALIDAD PRESENCIAL O TELEFONICA, DE ACUERDO CON LA CONDICION DE SALUD Y LINEAMIENTOS TÉCNICOS VIGENTES. |
| 8 | .EJECUTAR ACTIVIDADES DE PROMOCION DE LA SALUD, PREVENCION DE LA ENFERMEDAD, TRATAMIENTO Y REHABILITACION, EN MODALIDAD INTRAMURAL, EXTRAMURAL Y/O ADMINISTRATIVA, DE ACUERDO CON LOS PROTOCOLOS INSTITUCIONALES Y LA NECESIDAD DEL SERVICIO. |
| 9 | EL AUXILIAR DE ENFERMERÍA SERÁ RESPONSABLE DE LA ELABORACION, PRESENTACION Y REPORTE OPORTUNO DE LAS CUENTAS DE COBRO, ASÍ COMO DE LA SUSCRIPCION, FIRMA Y GESTION DEL CONTRATO Y SUS DOCUMENTOS ASOCIADOS EN LOS APLICATIVOS INSTITUCIONALES Y EN LA PLATAFORMA SECOP, DENTRO DE LOS PLAZOS ESTABLECIDOS POR LA ENTIDAD. EL INCUMPLIMIENTO DE ESTA OBLIGACION, EN LOS TIEMPOS Y CONDICIONES DEFINIDOS, DARÁ LUGAR A LA NO CAUSACION Y, POR ENDE, AL NO RECONOCIMIENTO DEL PAGO HONORARIOS, SIN PERJUICIO DE LAS DEMÁS ACCIONES ADMINISTRATIVAS A QUE HAYA LUGAR, CONFORME A LA NORMATIVA CONTRACTUAL VIGENTE |

| | |
|---|---|
| 10 | BRINDAR SOPORTE ADMINISTRATIVO A LA SUPERVISION O COORDINACION DE LA RESOLUCION 711 DE 24 ABRIL 2025, CUANDO SE PRESENTEN REQUERIMIENTOS, SOLICITUDES DE INFORMACION O ACTUACIONES POR PARTE DE LOS ENTES DE CONTROL, OTRAS DEPENDENCIAS DE LA SUBRED, LA SECRETARÍA DISTRITAL DE SALUD O EL MINISTERIO DE SALUD Y PROTECCION SOCIAL, ASÍ COMO FRENTE A QUEJAS, RECLAMOS, SOLICITUDES O DERECHOS DE PETICION PRESENTADOS POR LOS USUARIOS, GARANTIZANDO LA ELABORACION, ORGANIZACION, ENTREGA Y REGISTRO OPORTUNO DE LOS SOPORTES REQUERIDOS, REGISTRO OPORTUNO Y CON CALIDAD DE LA INFORMACION ENMARCADAS EN EL MODELO PREVENTIVO Y PREDICTIVO Y EL FORTALECIMIENTO DE LA ATENCION PRIMARIA EN SALUD EN EL NIVEL PRIMARIO DE ATENCION.2 |

## 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: | COMPENSAR | | $ 0 |
| PENSIÓN: | PORVENIR | | $ 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** | *DANIELA FLOREZ SUAREZ*<br>*PS_4922_2026_2778DE*<br>**DANIELA FLOREZ SUAREZ**<br>**CC: 1022426365** |
| **FIRMA DE QUIEN CONVALIDA EL CUMPLIMIENTO DE LAS OBLIGACIONES PARA EL PRESENTE PERIODO DE PAGO** | *LUZ MARINA HERNANDEZ HERNANDEZ*<br>*PS_4922_2026_2778DE*<br>**LUZ MARINA HERNANDEZ HERNANDEZ**<br>**SUPERVISOR DEL CONTRATO** |