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: 5
FECHA: 2024-09-09

DATOS DEL CONTRATISTA					
FECHA DE DILIGENCIAMIENTO: (30-06-2025)					
NOMBRES Y APELLIDOS:	**MARILUZ SALAZAR ALDANA**			**CC:**	**1016015454**
CORREO ELECTRÓNICO:	**TRABAJADORASOCIALMARILIZ89@GMAIL.COM**			**TELÉFONO:**	**3212458275**
DIRECCIÓN DOMICILIO:	**KR 96J 16D 35**			**CIUDAD:**	**BOGOTA**
BANCO AL CUAL CONSIGNAR:	**BANCO DAVIVIENDA S.A.**	**TIPO DE CUENTA:**	**AHORROS**	**N° CUENTA:**	**008480356677**

DATOS DEL CONTRATO O ADICION Y PERIODO OBJETO DE PAGO						
Nº DEL CONTRATO:	**PS 1426 2025**	**N° CDP:**	**1270**	**N°. RP:**	**0**	**PLAZO DEL CONTRATO INCLUIDAS PRORROGAS: SEIS (6) MESES**
FECHA DE INICIO CONTRATO	**2025/01/01**	**FECHA DE TERMINACIÓN CONTRATO:**		**2025/06/30**		
PERIODO OBJETO DE COBRO:	**DEL 2025/06/01 AL 2025/06/30**					
VALOR A PAGAR CORRESPONDIENTE AL PERIODO OBJETO DE COBRO	**$ 3.822.144**					

MARILUZ SALAZAR ALDANA
PS_1426_2025_00C4FD-2025-06-13 16:24:57

NOMBRE Y FIRMA DEL CONTRATISTA:
MARILUZ SALAZAR ALDANA
CC: 1016015454
CEL: 3212458275

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			
MARILUZ SALAZAR ALDANA			
	CON C.C N°	**1.016.015.454**	
OBJETO DEL CONTRATO:	PRESTAR SERVICIOS PROFESIONALES COMO TRABAJADOR SOCIAL PARA DESARROLLAR ACTIVIDADES EN LA OFICINA DE PARTICIPACION COMUNITARIA Y SERVICIO AL CIUDADANO DE LA SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E.		
CONTRATO DE PRESTACION DE SERVICIOS PROFESIONALES No.	**PS 1426 2025**	**FECHA INICIO CONTRATO**	**2025/01/01**
VALOR INICIAL DEL CONTRATO	$ 14.838.912	**No. HORAS EJECUTADAS**	**204**
VALOR TOTAL DEL CONTRATO INCLUIDO ADICIONES:	$ 22.370.784	**VALOR DE HONORARIOS PERÍODO A CERTIFICAR:**	$ 3.822.144
PLAZO DEL CONTRATO INCLUYENDO PRORROGAS	SEIS (6) MESES		
UNIDAD FUNCIONAL DE EJECUCIÓN DE ACTIVIDADES:	CENTRO DE SALUD SAMPER MENDOZA		
NOMBRE DEL SUPERVISOR:	SHIRLEY JANNETH TORRES RODRÍGUEZ		

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	Se orienta al paciente y/o familiar sobre los requerimientos que se establecen desde la EPS e IPS, para el goce efectivo de la prestación de los servicios en salud.firmas en planilla pacientes y/o familiar a quienes se les orientó sobre los derechos y deberes en salud - (36) registros firmados en planilla pacientes y/o familiar a quienes se les orientó sobre los derechos y deberes en salud. Se alimentan bases de datos y matrices donde se consolida toda la información de cada usuario recepcionado por el área de trabajo social para realizar estudios de caso. Así mismo ingreso de información a base de datos acerca de pacientes en abandono social - pacientes en seguimiento, por su condición irregular migrante en el país. Se desarrollan las actividades correspondientes al área de Trabajo Social en los servicios de atención médica. Se atiende llamado de cada servicio intra hospitalario interconsultante, iniciándose la respectiva intervención dando respuesta a los requerimientos - respuesta a interconsultas por riesgo social. notas de seguimiento a pacientes hospitalizados en los servicios de alojamiento conjunto y sala de partos. Se realiza solicitud de oxigeno a pacientes que se encuentran hospitalizados en los servicios de hospitalización, se realizan trámites a necesidad del servicio - trámite de oxigeno domiciliario radicado ante la oficina de Autorizaciones, siguientes se proyectan a necesidad del servicio. Se desarrollan las gestiones y trámites correspondientes al área de Trabajo Social en los servicios, respecto a la atención de población vulnerable habitante de calle sin certificar, población extranjera e indocumentados - Estudios sociales de caso, realizados a pacientes migrantes en condición irregular. Se realizan (25) registros en aplicativo Cuéntanos Bogotá según barreras identificadas - Cargue de registros de usuarios en aplicativo Cuéntanos Bogotá. Se realiza seguimiento a pacientes gestantes en articulación con el área de autorizaciones - diligenciamiento y entrega de ficha SIVIM, siguientes se proyectan a necesidad del servicio. Se socializa información a paciente en contexto de hospitalización/Urgencias sobre El Nuevo Modelo de Salud: Más Bienestar de la Subred Integrada de Servicios de Salud Centro Oriente E.S.E. - (12) registros firmados en planilla de socialización. Se realiza trámites pertinentes frente a conocimiento de caso, solicitud de valoración y asignación de cupo para pacientes en abandono social, ante la Secretaria Distrital de Integración Social - paciente ubicados en hogares de paso para habitabilidad en calle de la Secretaria Distrital de Integración Social. Se da respuesta a las actividades acordadas, y horarios establecidos por el supervisor del contrato. Se realiza pago de planilla de seguridad social en salud del mes correspondiente. Se sensibiliza a funcionarios en derechos y deberes en salud - (30) firmas en planilla de orientaciones a funcionarios en temas de derechos y deberes salud y servicio de ingreso, acceso, atención y egresos de paciente en el hospital. Se realiza asistencia y participación activa en el curso mensual, logrando así fortalecer conocimientos y competencias para la integral prestación del servicio - Asistencia a curso establecido por la oficina, logrando obtener certificación del mismo. Se asiste a reunión mensual de Trabajo Social, en donde se exponen temas propios del servicio e inquietudes en la prestación del mismo - Se realiza evaluación de asistencia, se envía evidencia a grupo de Trabajo Social. Se realiza apoyo a instituciones terceras o personas naturales que requieren del servicio de Trabajo Social, ej: talleres, donaciones entre otros - Se realiza acompañamiento por parte de Trabajo Social. Se da respuesta oportuna a los casos, seguimientos e interconsultas solicitadas, de acuerdo a la necesidad del servicio - Atenciòn oportuna de casos, seguimientos, interconsultas y trámites emergentes. Se asiste a los servicio con los elementos institucionales portados correctamente, así como el ingresos a cada servicio de acuerdo a los protocolos establecidos por el servicio de epidemiología - Se da cumplimiento a los protocolos establecidos tante en áreas comunes de los centros de salud, como en los servicios. Se da cumplimiento a los requerimientos, solictudes y tràmites establecidos por la Oficina - Cumplimiento oportuno de requerimientos por parte del área administrativa.

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 (2025-06-01) AL (2025-06-30)

IV. INFORMACIÓN DE APORTES A SEGURIDAD SOCIAL

No. DE PLANILLA:	N° 9486605252	OPERADOR:	APORTES EN LINEA

CONCEPTO DEL PAGO	ENTIDAD	FECHA DE PAGO	VALOR PAGADO
SALUD:	COMPENSAR	2025/06/11	$ 185.500
PENSIÓN:	PROTECCION	2025/06/11	$ 237.500
RIESGOS LABORALES:	SEGUROS BOLIVAR	2025/06/11	$ 36.200
OTRO			
TOTAL PAGADO			$ 459.200

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	*MARILUZ SALAZAR ALDANA* *PS_1426_2025_00C4FD-2025-06-13 16:24:57* **MARILUZ SALAZAR ALDANA** **CC: 1016015454**
FIRMA DE QUIEN VALIDA	*WILSON ENRIQUE MORENO GARZÓN* *PS_1426_2025_00C4FD-2025-06-16 14:34:22* **WILSON ENRIQUE MORENO GARZÓN** **SUPERVISOR ALTERNO**
FIRMA DE QUIEN CONVALIDA EL CUMPLIMIENTO DE LAS OBLIGACIONES PARA EL PRESENTE PERIODO DE PAGO	*SHIRLEY JANNETH TORRES RODRÍGUEZ* *PS_1426_2025_00C4FD-2025-06-16 21:16:41* **SHIRLEY JANNETH TORRES RODRÍGUEZ** **SUPERVISOR DEL CONTRATO**

aportes en línea

Resumen General de Pago

DATOS GENERALES DEL APORTANTE

Identificación	dv	Razon Social	Clase Aportante	Sucursal Principal	Direccion	Ciudad-Departamento	Teléfono	Exonerado SENA e ICBF
CC 1016015454		SALAZAR ALDANA MARILUZ	INDEPENDIENTE	PRINCIPAL	cr 96J # 16D35	BOGOTA-BOGOTA D.E.	5450111	No

DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION

Periodo		Clave		Tipo	Fecha		Pago		
Pensión	Salud	Pago	Planilla	Planilla	Limite	Pago	Banco	Dias Mora	Valor
2025-05	2025-05	1545589347	9486605252	I	2025/06/13	2025/06/11	BANCO DAVIVIENDA	0	$488,900

LIQUIDACION DETALLADA DE APORTES

EMPLEADO			PENSION				SALUD				CCF				RIESGOS				PARAFISCALES		
No.	Identificación	Nombres	Codigo	Días	IBC	Aporte	Codigo	Días	IBC	Aporte	Codigo	Días	IBC	Aporte	Codigo	Días	IBC	Aporte	Días	IBC	Aporte
Sucursal: PRINCIPAL (1 Afiliados)					$1,483,891	$237,500			$1,483,891	$185,500			$1,483,891	$29,700			$1,483,891	$36,200		$0	$0
Centro de Trabajo: PRINCIPAL (1 Afiliados)					$1,483,891	$237,500			$1,483,891	$185,500			$1,483,891	$29,700			$1,483,891	$36,200		$0	$0
Ciudad: BOGOTA Depto: BOGOTA D.E. (1 Afiliados)					$1,483,891	$237,500			$1,483,891	$185,500			$1,483,891	$29,700			$1,483,891	$36,200		$0	$0
1	CC	1016015454 SALAZAR MARILUZ	230201	30	$1,483,891	$237,500	EPS008	30	$1,483,891	$185,500	CCF24	30	$1,483,891	$29,700	14-7	30	$1,483,891	$36,200	30	$0	$0
Total		**Afiliados(1)**			$1,483,891	$237,500			$1,483,891	$185,500			$1,483,891	$29,700			$1,483,891	$36,200		$0	$0

aportes en línea

Resumen General de Pago

DATOS GENERALES DEL APORTANTE

Identificación	dv	Razon Social	Clase Aportante	Sucursal Principal	Direccion	Ciudad-Departamento	Teléfono	Exonerado SENA e ICBF
CC 1016015454		SALAZAR ALDANA MARILUZ	INDEPENDIENTE	PRINCIPAL	cr 96J # 16D35	BOGOTA-BOGOTA D.E.	5450111	No

DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION

Periodo		Clave		Tipo	Fecha		Pago		
Pensión	Salud	Pago	Planilla	Planilla	Limite	Pago	Banco	Dias Mora	Valor
2025-05	2025-05	1545589347	9486605252	I	2025/06/13	2025/06/11	BANCO DAVIVIENDA	0	$488,900

RESUMEN DE PAGO

RIESGO	CODIGO	NIT	DV	AFILIADOS	VALOR LIQUIDADO	INTERESES MORA	SALDOS E INCAPACIDADES	VALOR A PAGAR
AFP (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$237,500	$0	$0	$237,500
PROTECCION	230201	800,229,739	0	1	$237,500	$0	$0	$237,500
ARL (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$36,200	$0	$0	$36,200
SEGUROS BOLIVAR	14-7	860,002,503	2	1	$36,200	$0	$0	$36,200
CCF (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$29,700	$0	$0	$29,700
COMPENSAR	CCF24	860,066,942	7	1	$29,700	$0	$0	$29,700
EPS (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$185,500	$0	$0	$185,500
COMPENSAR	EPS008	860,066,942	7	1	$185,500	$0	$0	$185,500
TOTAL				1	$488,900	$0	$0	$488,900

Secretaría de Salud
Subred Integrada de Servicios de Salud
Centro Oriente E.S.E.

HISTORIA CLINICA DE GESTION DE TRABAJO SOCIAL

SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E.

FECHA DE FOLIO: 1/06/2025 10:12:31 a. m. **N° FOLIO:** 50

DATOS DEL PACIENTE:

Nº HISTORIA CLINICA: 1014181642 **IDENTIFICACION:** 1014181642 **EDAD:** 39 Años / 9 Meses / 5 Días
NOMBRE PACIENTE: WALTER ALEXANDER PEREIRA BARRERO **FECHA DE NACIMIENTO:** 11/09/1985 12:32:15 p. m. **SEXO:** Masculino
ESTADO CIVIL: Soltero **NIVEL / ESTRATO:** SUBSIDIADO NIVEL 0
ENTIDAD: RS202 **TIPO DE REGIMEN:** Subsidiado
DIRECCION: CL 17 13 6 ESTE **TELEFONO:** 3123646047 **PROCEDENCIA:** BOGOTA

ANALISIS DE LA SITUACION EN EL DESARROLLO DEL CENSO JEFE DEL SERVICIO REFIERE QUE EL PACIENTE CUENTA CON EGRESO HOSPITALARIO, SOLICITAN APOYO DE RED DE APOYO.

PLAN DE TRABAJO EN CENSOS ANTERIORES FIGURA NÚMERO DE CONTACTO 3105399043, ACOMPAÑANTE DE INTEGRARTE ERIKA RODRIGUEZ, DONDE NO SE LOGRA CONTACTO. SE REVISA NOTAS EN HISTORIA CLÍNICA, DONDE FIGURA NÚMERO DE CONTACTO 3123646047, DÓNDE PERSONA QUE CONTESTA INDICA VERIFICAR EN QUÉ SEDE DE INTEGRARTE ESTÁ EL PACIENTE Y CON QUIEN SE PUEDEN CONTACTAR. SE RECIBE LLAMADA DEL NÚMERO DE CONTACTO 3123646047, DONDE SE LE INDICA A LA FUNCIONARIA SALIDA HOSPITALARIA DEL PACIENTE, REFIERE AVISAR CON EL FIN DE DEFINIR QUIEN APOYARA EL EGRESO HOSPITALARIO.

OBSERVACIONES GENERALES:

ANTECEDENTES

Tipo	Fecha	Observaciones
Médicos	29/04/2025	DISCAPACIDACOGNITIVA MODERADA , EPILEPSIA ,HIPOTIROIDISMO , EZQUIZOFRENIA , TRASTORNO MENTAL TIPO 9 , RETARDO MENTAL MODERADO
Quirúrgicos	29/04/2025	GASTROSTOMIA
Farmacológicos	29/04/2025	LEVETIRACETAM , ACIDO VALPROICO ,CLONAZEPAM , OMEPRAZOL , LEVOTIROXINA , ACIDO ACETIL SALICILICO ,LACOSAMIDA

Fumador:	Medida Fumador:	Tiempo Fumador:	Medida Exfumador:	Tiempo Exfumador:
Fumadores en Casa:	Exposición al humo:	Tiempo exposición:	Medida Exposición:	Mascotas en casa:
Sustancias:			Medida Sustancias:	Tiempo Sustancias:

Planifica: ■

FUP: **G:** **P:** **A:** **C:** **V:** **E:** **M:**

DIAGNOSTICOS

Codigo	Descripción	Principal
G409	EPILEPSIA, TIPO NO ESPECIFICADO	☑



ALDANA MARILUZ SALAZAR
Trabajadora_Social
1016015454

Secretaría de Salud
Subred Integrada de Servicios de Salud
Centro Oriente E.S.E.

HISTORIA CLINICA DE GESTION DE TRABAJO SOCIAL

SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E.

FECHA DE FOLIO: 2/06/2025 8:55:27 a. m. **Nº FOLIO:** 52

DATOS DEL PACIENTE:

Nº HISTORIA CLINICA: 1014181642 **IDENTIFICACION:** 1014181642 **EDAD:** 39 Años / 9 Meses / 5 Días
NOMBRE PACIENTE: WALTER ALEXANDER PEREIRA BARRERO **FECHA DE NACIMIENTO:** 11/09/1985 12:32:15 p. m. **SEXO:** Masculino
ESTADO CIVIL: Soltero **NIVEL / ESTRATO:** SUBSIDIADO NIVEL 0
ENTIDAD: RS202 **TIPO DE REGIMEN:** Subsidiado
DIRECCION: CL 17 13 6 ESTE **TELEFONO:** 3123646047 **PROCEDENCIA:** BOGOTA

ANALISIS DE LA SITUACION SEGUIMIENTO

PLAN DE TRABAJO AYER EN HORAS DE LA TARDE, SE RECIBE NOTIFICACIÓN DE TRABAJADORA SOCIAL HOGAR INTEGRARTE DONDE SE ENCUENTRA INSTITUCIONALIZADO EL PACIENTE, DE NO PODER RECOGER EL PACIENTE YA QUE NO CUENTAN CON CARRO INSTITUCIONAL, EL APOYO PARA EL EGRESO LO HARÍAN EL DÍA DE MAÑANA EN EL TRANSCURSO DE LA MAÑANA. SE INFORMA EN EL SERVICIO.

OBSERVACIONES GENERALES:

ANTECEDENTES

Tipo	Fecha	Observaciones
Médicos	29/04/2025	DISCAPACIDACOGNITIVA MODERADA , EPILEPSIA ,HIPOTIROIDISMO , EZQUIZOFRENIA , TRASTORNO MENTAL TIPO 9 , RETARDO MENTAL MODERADO
Quirúrgicos	29/04/2025	GASTROSTOMIA
Farmacológicos	29/04/2025	LEVETIRACETAM , ACIDO VALPROICO ,CLONAZEPAM , OMEPRAZOL , LEVOTIROXINA , ACIDO ACETIL SALICILICO ,LACOSAMIDA

Fumador:	Medida Fumador:	Tiempo Fumador:	Medida Exfumador:	Tiempo Exfumador:
Fumadores en Casa:	Exposición al humo:	Tiempo exposición:	Medida Exposición:	Mascotas en casa:
Sustancias:			Medida Sustancias:	Tiempo Sustancias:

Planifica: ☐

FUP: **G:** **P:** **A:** **C:** **V:** **E:** **M:**

DIAGNOSTICOS

Codigo	Descripción	Principal
L039	CELULITIS DE SITIO NO ESPECIFICADO	☑



ALDANA MARILUZ SALAZAR
Trabajadora_Social
1016015454

LICENCIADO A: [SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E.] NIT [900959051-7]